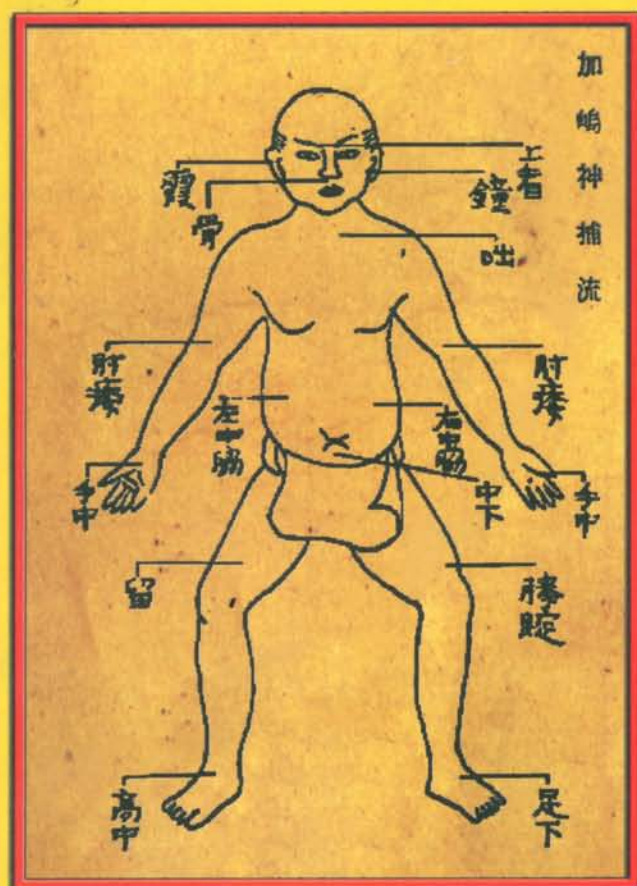


VISIT...

LANZAROTE
Caliente.COM

Момот В.В.

Анатомия жизни и смерти Жизненно важные точки на теле человека



當身殺活法
當身術



СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие автора	5
Введение	6
Краткие сведения по анатомии и физиологии человеческого тела	46
Двигательная система	46
Скелет человека	48
Суставы и сочленения костей человека	50
Мышцы человека	52
Нервная система	54
Способы поражения жизненно важных точек на теле человека	56
Список точек, рассматриваемых в книге	60
Жизненные точки: вид спереди	63
Жизненные точки: вид сбоку	64
Жизненные точки: вид сзади	65
Жизненные точки: верхние и нижние конечности	66
1. <i>Тэн то, тэн го</i> (Верх головы)	67
2. <i>Я мэн</i> (Стрела, поражающая голову) — основание затылка	68
3. <i>Касуми</i> (Мгла, туман) — висок	69
4. <i>Дзинтё</i> (Центр человека) — основание носа	70
5. <i>Мэнбу</i> (Лицо) — переносица	71
6. <i>Ин</i> (Тень) — угол между верхней и нижней челюстью	72
7. <i>Ханпа</i> (Восемь путей уйти) — хлопок по уху	73
8. <i>Югасуми</i> (Вечерний туман) — мягкое место под ухом	74
9. <i>Хирюран</i> (Летающий дракон поражен) — глаза	75
10. <i>Тэнмон</i> (Небесные врата) — выступающий внутренний край скуловой кости на сочленении с лобной костью возле глазной впадины	76
11. <i>Цуюгасуми</i> (Мгла рассеивается) — связки челюсти	77
12. <i>Микацуки</i> (Челюсть) — боковая часть нижней челюсти слева и справа ..	78
13. <i>Асагири</i> (Утренний туман) — нижний край подбородка	79
14. <i>Уко</i> (Дверь в дождь) — бок шеи	80
15. <i>Кэйтё</i> (Середина шеи) — задняя сторона шеи	81
16. <i>Мацукадзэ</i> (Ветер в соснах) — верхний и нижний конец сонной артерии ..	82
17. <i>Мурасамэ</i> (Дождь в деревне) — посередине сонной артерии	82
18. <i>Токоцу</i> (Независимая кость) — адамово яблоко	83
19. <i>Рю фу</i> (Дыхание ивы) — выше и ниже адамова яблока	84
20. <i>Сону</i> (Трахея) — межключичная ямка	85
21. <i>Саккоцу</i> (Ключица) — ключица	86
22. <i>Рюмон</i> (Врата дракона) — над ключицей возле плеча	87
23. <i>Дантё</i> (Центр груди) — верхняя часть грудной кости	88
24. <i>Сога</i> (Большое копьё) — седьмой выступающий позвонок	89
25. <i>Кинкэцу</i> (Запретный ход) — мечевидный отросток грудины	90
26. <i>Буцумэцу</i> (День смерти Будды) — ребра под грудными мышцами спереди и сзади	91
27. <i>Дзюдзиро</i> (Перекресток) — прямо на плече	92
28. <i>Даймон</i> (Большие ворота) — середина плеча в месте соединения	93
29. <i>Сэй</i> (Звезда) — прямо в подмышке	94
30. <i>Ура кимон</i> (Снаружи дьявол открывается) — нижние ребра под грудными мышцами	95
31. <i>Син тё</i> (Центр сердца) — середина грудной клетки	96
32. <i>Дэнко</i> (Сердце) — область сердца	97
33. <i>Вакицубо</i> (Бок тела) — последние ребра сбоку под руками	98
34. <i>Катсусатсу</i> (Точка жизни и смерти) — позвоночник на уровне поясницы	99

35. <i>Суйгэцу</i> (Луна на воде) — солнечное сплетение	100
36. <i>Инадзума</i> (Молния) — область печени, «плавающие» ребра	101
37. <i>Кандзо</i> (Область печени сзади) — сзади на уровне поясницы справа	101
38. <i>Дзингзо</i> (Почки) — с обеих сторон позвоночного столба чуть выше точки кацусацу	102
39. <i>Сисиран</i> (Тигр поражен) — желудок	103
40. <i>Горин</i> (Пять колец) — пять точек вокруг центра живота	104
41. <i>Косэй</i> (Сила тигра) — пах и половые органы	105
42. <i>Кодэнко</i> (Маленькое сердце) — крестец	106
43. <i>Битэй</i> (Копчик) — на самом конце позвоночника между ягодицами	106
44. <i>Косицубо</i> (Котел бедер) — внутренний гребень костей таза, складка паха	107
45. <i>Хитибацу</i> (Голос) — сбоку бедер	108
46. <i>Сай, или насай</i> (Нога) — изнутри и снаружи середины бедра	109
47. <i>Усиро инадзума</i> (Молния сзади) — сзади бедра, начиная от ягодиц и до середины мышцы	110
48. <i>Хидзакансэцу, усиро хидзакансэцу</i> (Коленный сустав) — коленный сустав спереди и сзади	111
49. <i>Утикоробуси</i> (Кость голени изнутри) — чуть выше головки кости голени изнутри	112
50. <i>Кокоцу</i> (Маленькая кость) — голень изнутри	113
51. <i>Соби</i> (Икроножная мышца) — икроножная мышца	114
52. <i>Киокэй</i> (Жесткие направления) — сверху стопы	115
53. <i>Акирэсукэн</i> (Ахиллово сухожилие) — прямо над пяткой	116
54. <i>Дзяккин</i> (Слабая мышца) — в верхней части руки между костью и мышцей	117
55. <i>Хосигзава</i> (Утес под звездами) — точка «шок» чуть выше локтевого сустава	118
56. <i>Удэкансэцу</i> (Сустав руки) — область под локтем	119
57. <i>Котэцубо</i> (Точка предплечья) — радиальный нерв в верхней части предплечья	120
58. <i>Утиякудзава, или Миякудогоро</i> (Внутренний склон утеса) — у сгиба запястья изнутри	121
59. <i>Сотоякудзава</i> (Внешний склон утеса) — у сгиба запястья снаружи	121
60. <i>Котэ</i> (Предплечье) — головка локтевой кости	122
61. <i>Юбицубо</i> (Пальцевой котел) — основание большого пальца	123
62. <i>Гококу</i> (Пять направлений) — точка в ямке между большим и указательным пальцем	123
63. <i>Хайсю</i> (Ладонь снаружи) — внешняя сторона кисти руки	123

Приложение 1

Фудзита Сэйко. Кюсё традиционных школ (рюха) Японии	124
---	-----

Приложение 2

Ямада Коо. Каппо. Основные аспекты реанимации	135
---	-----

Раздел 1

Восстановление дыхания (кокю-кацу)	143
--	-----

Раздел 2

Реанимация утонувшего (суйси-кацу)	146
--	-----

Раздел 3

Реанимация пострадавшего с травмой яичек («золотая реанимация» — кин-кацу; «реанимация висящих колокольчиков» — кинсё-кацу)	149
--	-----

Список использованной литературы	155
--	-----

ПРЕДИСЛОВИЕ АВТОРА

Книга-атлас «Анатомия жизни и смерти. Жизненно важные точки на теле человека» является первой частью дилогии, посвященной теме изучения жизненно важных точек, являющихся целью для ударов и пальцевых захватов в реальном поединке с врагом. В ней подробнейшим образом рассмотрены т.н. «внешние» аспекты изучения болевых точек: анатомическое расположение, физиологические и медицинские аспекты последствия ударов, сила и направление воздействия для достижения максимально возможного эффекта. Не стремясь охватить максимально большое количество точек (тем более, что многие из известных точек в различных системах единоборств или дублируют точки, показанные в книге, или расположены в непосредственной близости от них, а значит, имеют практически идентичные последствия от их поражения), автору удалось добиться, на его взгляд, удачного баланса в соотношении «объем-эффективность-доступность» при изложении материала в книге.

Необходимость в написании подобной книги возникла уже давно. То, как у нас в стране (да и не только) описывают и изображают в литературе едва ли не важнейшую тему в изучении реального единоборства, на протяжении веков остававшейся одной из самых секретных и таинственных областей знания, в которую посвящались лишь достойнейшие из достойных, вызывает только сожаление. По большинству этих «учебных пособий» не то что поразить, найти ту или иную точку на реальном человеке чаще всего просто невозможно (кроме разве что таких зон, как глаза, адамово яблоко, пах, колено или локоть), а уж научиться...

Именно для восполнения этого, весьма и весьма удручающего пробела, и создана данная книга-атлас. Полагаю, не нужно банально повторять читателям о том, что для того, чтобы сделать *каждый* удар или захват по-настоящему эффективным, он должен быть направлен в реальную, четко находимую, а не некую расплывчатую, вроде «голова», «живот», «шея», точку-цель. Даже при несильном, но точном ударе большинство из показанных в книге точек срабатывают на 100%, а уж про мощный, хорошо отработанный технический прием и говорить не приходится. Если вы хотите повысить эффективность своих ударов и захватов как минимум вдвое от начального уровня, превратить каждое свое движение в реально смертоносное оружие, подробно и тщательно изучите и запомните то, о чем написано и что показано в этой книге.

И еще... Возможно, автор выпускает в мир дракона, впервые настолько тщательно и подробно рассматривая точки смерти на теле человека. Но, взвесив все «за» и «против» и отбросив, наконец, сомнения, он все же решился на этот рискованный во многих отношениях шаг. Остается лишь надеяться на то, что эти знания не попадут в дурные руки, и будут использоваться только по назначению — для защиты вашей жизни, жизни ваших близких и жизни людей, нуждающихся в вашей помощи. Но это уже скорее моральная, чем техническая сторона вопроса, и автор верит в то, что разум и чистота помыслов возобладают в вас над тупой силой и агрессивностью хищного животного.

Успехов на Пути!

АВТОР

ВВЕДЕНИЕ

Пожалуй, невозможно точно указать время, когда впервые человек заметил, что ударить или ткнуть оружием в ту или иную часть тела врага эффективнее, чем в какую-либо другую. Это знание старо как мир, и его истоки следует искать в доисторические времена — в искусстве охоты, как на зверей, так и на себе подобных. Во времена первых конфронтаций — за территорию, женщину, пищу — взрастал и пестовался тот опыт, который, спустя тысячелетия, трансформировался в изощренное искусство убивать или миловать одним малозначительным движением руки или даже пальца.

Думаю, ни у кого не вызовет особого удивления то, что все народы, населяющие нашу планету, в той или иной степени обладали (и обладают) данным специфическим опытом в истреблении себе подобных, иначе как можно объяснить тот факт, что они все еще живут и здравствуют, в то время как многие народности (а возможно, и нации) канули в лету? Чтобы выжить, человек должен был использовать любые доступные ему знания и навыки, в числе которых на первом месте всегда было умение выжить и победить в войне.

К сожалению, именно из-за непрекращающихся войн многие прикладные боевые знания и навыки терялись или переходили к народу-победителю, в то время как побежденные либо истреблялись, либо обращались в рабов. Нет ничего удивительного в этом факте, так как именно воины (т.е. носители этих знаний и навыков) погибали в первую очередь, становясь на защиту своих очагов.

Со временем появлялось все больше и больше оружия, разящего на большом расстоянии (луки, дротики, баллисты и др.) или вне зависимости от точного поражения той или иной области (тяжелые мечи, алебарды и др.), и искусство поражения жизненно важных точек стало делом избранных, мастеров-профессионалов, превративших всю свою жизнь в непрерывное совершенствование своего смертоносного знания. Еще позже эти данные засекретились, став не только кастовым (воинским), но и часто семейным секретом, передававшимся от отца к сыну на протяжении столетий. И именно в таком состоянии они и дошли до нашего времени — времени, когда большинство тайных знаний уже не представляют для нас никакой загадки, а о технике семейных школ издаются книги десятками тысяч экземпляров.

Все вышесказанное в большинстве своем касается всех наций и народов — вне зависимости от их географического места проживания или уровня культурного развития. Однако только на Дальнем Востоке — в Китае, Японии, Корее (как бы ни утверждали обратное поклонники славянских или западных единоборств) тайное искусство поражения жизненно важных точек достигло своего максимального развития и изощренности. Под «изощренностью» в данном случае я подразумеваю скрупулезную

точность науки убивать, классификацию точек по группам в зависимости от степени их опасности или анатомо-физиологического аспекта после их поражения, наконец, объем передаваемого веками знания, несмотря ни на какие преграды в виде войн, гонений или гибель мастеров.

Возможно, это можно объяснить особенностями культуры и традиций азиатских народов, привыкших уважать знания предков и с благоговением относящихся к знаниям вообще и к письменному наследию в частности (в Тибете, например, до сегодняшнего дня сжечь или уничтожить свиток или книгу считается непростительным преступлением, строго порицаемым и сурово наказываемым). Возможно, тем, что, например, в Японии личное мастерство воина было всегда важнее, чем умение использовать большие массы полубученных солдат...

Причин много, но факт остается фактом — именно благодаря традициям восточных боевых искусств сегодня мы можем грамотно и системно изучать жизненно важные точки на теле человека, опираясь при этом на опыт древних школ и данные современной анатомии и физиологии, а не пытаюсь заново «изобретать велосипед» в поисках максимальной эффективности и действенности приемов.

Общепринятым является мнение, что искусство поражения жизненно важных точек впервые получило широкое распространение в Китае. Не отходя от данного факта и в целом соглашаясь с ним, мы начнем свой обзор именно с китайских знаний, тем более, что до сих пор они являются наиболее систематизированными и «проработанными», по сравнению с другими странами Дальнего Востока. Неоспоримо и то, что развитие искусства поражения жизненно важных точек на теле человека в Китае шло рука об руку с искусством лечения, использовавшего те же самые точки и принципы воздействия на них. Особенно в той части, когда дело касалось так называемых «энергетических» точек (расположенных на энергетических каналах человеческого тела) — «цзинь ло».

Врачеватели Китая путем проб и ошибок из поколения в поколение передавали накопленный опыт, приумножая и развивая его. Одним из первых письменных документов, посвященных иглоукалыванию и дошедших до нас, была книга *«Хуанди нэй-цзин»* («Трактат о внутреннем, или О природе жизни»), написанная в Китае примерно в 221 г. до н.э. (ее авторство приписывается полубогатырскому «жёлтому» императору, великому Ши Хуан-ди). В ней отражены вопросы иглотерапии и прижигания, описаны девять форм металлических игл, топография 295 точек (135 парных и 25 непарных), изложены основные показания и противопоказания, а также правила проведения иглотерапии, основанные на более чем 2000-летнем опыте применения иглотерапии и прижигания. Следует отметить, что развитие чжень-цзю терапии происходило не изолированно от общего развития китайской медицины. Высокого развития в этот период достигла хирургия благодаря применению обезболивающих средств (препараты опия, алкоголь, корень аконита). Начала

внедряться пульсовая диагностика *Бянь-Цяо* (500 лет до н.э.), была составлена первая китайская фармакопея (I в. до н.э.). Своим развитием китайская хирургия обязана *Хуа То* (220-230 гг. н.э.), уделявшему внимание не только хирургии, но и внедрившему также систему гимнастических упражнений на основе естественных движений пяти животных («игра пяти зверей»). Эти движения, как считается, наряду с тао «18 рук архатов», приписываемой самому Бодхидхарме, легли в основу *Шаолинь цюаньфа* — системы рукопашного боя монахов Шаолинь. Он же описал и дал конкретные практические рекомендации по иглотерапии (например, для получения эффекта необходимо проводить уколы в небольшое число точек (1-2), а извлекать иглу следует только после появления у больного предусмотренных ощущений).

Несколько позже Хуан Фуми (215-282 гг. н.э.) написал книгу «*Цзя-и-Цзин*», посвященную только чжень-цзю терапии, где описал 649 точек (300 парных и 49 непарных) на человеческом теле и впервые применил термин «чжень-цзю» (от кит. чжень — иглоукалывание, дословно укол золотой иглой; цзю — прижигание). В этот период иглоукалывание и прижигание достигают небывалой популярности среди населения Китая. Делаются первые попытки схематически изобразить точку для чжень-цзю терапии. В 265 г. книга «*Цзя-и-Цзин*», а несколько позже (562 г. н.э.) и китайский атлас линий и точек попали в Японию, где наряду с иглоукалыванием широкое распространение получило прижигание (травой мокса). Из Китая и Японии метод иглоукалывания быстро распространился в другие страны Востока (Корею, Монголию, Индию). Надо отметить, что именно в VI в.н.э. в Китай из Индии пришел Пути Дамо (Бодхидхарма), который стал проповедовать буддизм в легендарном монастыре *Шаолинь*. Считается, что именно он положил начало развитию *Шаолиньцюань* — эффективнейшему стилю рукопашного боя с оружием и без оружия, что, по общепринятому мнению, стало переломным моментом в истории боевых искусств страны, да, пожалуй, и всего Дальнего Востока, так как именно тогда произошла кардинальная перестройка многих концепций, фундаментальная смена курса развития. До этого времени боевые искусства считались обыкновенным ремеслом, в *Шаолинь* же произошло слияние техники ведения поединка с философией чань-буддизма, различными психофизическими упражнениями, медициной во всех ее аспектах, что сделало последователей шаолиньцюань непревзойденными бойцами, а в китайской разговорной речи появился новый термин «*усэн*» — «монах-воин».

Значительным шагом в дальнейшем развитии иглоукалывания и прижигания (а значит, и использования этих знаний в боевых искусствах) явилось создание в Китае первых медицинских школ и высшей медицинской школы (1076 г.), готовивших специалистов по чжень-цзю терапии (до этого подготовка специалистов была строго семейной). Создание школ стало возможным после изготовления Ван Вейи (1027 г.) двух бронзовых манекенов с отверстиями для введения игл. Исходя из уче-

ния древних о двенадцати «жизненных сосудах», «каналах», «линиях», соединяющих периферию тела с внутренними органами, он расположил известные тогда 657 точек (303 парные и 51 непарную) на этих линиях. Для удобства использования манекена и изучения топографии жизненных линий и точек он же составил атлас «Правила к иголкам, мокса и точкам бронзового человека». С этого времени чжень-цзю терапия в Китае стала самостоятельной медицинской специальностью.

Через двести лет, а именно 9 апреля 1247 года произошло событие, оказавшее значительное влияние как на искусство использования жизненно важных точек, так и на искусство боя в целом. В этот день родился легендарный основатель *тайдзицюань* Чжан Сан-фэн. Что же такого значительного сделал этот человек? Прежде чем говорить об этом, сделаем небольшое отступление.

Как известно, сегодня все китайские боевые искусства (*ушу*) принято разделять на «внешние» (*вайдзя*) и «внутренние» стили (*нэйдзя*). Такое разделение весьма и весьма условно и было принято сравнительно недавно, так как во «внешних» или «жестких» стилях всегда присутствуют элементы «внутренних» или «мягких» стилей и наоборот.

Подобное условное разделение мы можем обнаружить и в систематизации жизненно важных точек. Если первая большая группа их направлена на непосредственное поражение физического тела человека по принципу «здесь и сейчас» (т.е. «ударил-убил» или «ударил-покалечил»), весьма характерная для технических действий *Шаолиньцюань*, то другая группа имеет отсроченное или весьма не поддающееся описанию действие при их поражении (т.е. «ударил сейчас — убил завтра или через неделю, месяц...»). Причем в большинстве случаев локализация точек первой и второй группы полностью совпадает, отличаются лишь методы их поражения.

Если при «внешнем» поражении важно просто точно попасть в ту или иную цель, то при «внутреннем» ударе уже обязательно должно присутствовать не только правильное направление удара и время его нанесения, но и особый, т. н. «наполненный» или «энергетический» способ его исполнения (другими словами, удар наносится не столько конечностью, сколько внутренней энергией *ци*, идущей через руку или ногу).

До Чжан Сан-фэна, как принято считать, подобного разделения еще не было. В шаолиньской традиции по разным источникам в то время присутствовало, по разным историческим и легендарным источникам, от 18 до 180 точек поражения (сообразно количеству изучаемой техники) и эффективность их поражения зависела только от мастерства самого исполнителя (т.е. насколько сильно и точно он попадал в ту или иную часть тела врага).

Если внутренняя энергия и использовалась при выполнении приемов, то опять-таки лишь для еще большего увеличения и без того смертоносной силы ударов, бросков и захватов.

Такое положение вещей, возможно, сохранилось бы и по сей день, если бы не Чжан Сан-фэн. Именно ему, этому, возможно, легендарному

мастеру, приписывают разработку детальнейшей прикладной системы использования поражения жизненно важных точек человеческого организма, которую сегодня мы знаем под именем *тайдзицюань* («кулак великого предела»).

Будучи человеком незаурядных способностей, Чжан Сан-фэн начал изучать классические тексты (как можно предположить из последующих событий, *«Хуанди нэй-цзин»* и *«Цзя-и-Цзин»* в том числе), в возрасте 12 лет, однако после паломничества на гору Гэхуншань отказался от официальной карьеры и стал отшельником, устремив все свои помыслы на достижение бессмертия. В этот период, согласно легенде, Чжан Сан-фэн овладел искусством *Шаолиньцюань*, которое он обогатил впоследствии упражнениями по управлению внутренней энергией (*даоинь*), позаимствованными из даосского арсенала *«Чаншэн бусычжи фа»* («способы prolongation жизни и обретения бессмертия»). В какой-то момент (по одним данным, это произошло в 67 лет, когда Чжан Сан-фэн встретил даосского наставника Хо Луна, который научил его «истинным» способам обретения бессмертия) Чжан Сан-фэн решил также совместить свои знания акупунктуры с боевым искусством, помимо прочего разрабатывая методы не только поражения (энергетического удара), но и методы защиты от него (цигун «железная рубашка»). Для проверки эффективности своих боевых методов он в течение 13 (!) лет выкупал осужденных на казнь преступников, на которых определял действенность того или иного метода в бою.

Возможно, это всего лишь легенда, но, как известно, в каждой сказке есть доля истины, и сегодня можно с уверенностью утверждать, что тайдзицюань разрабатывалось изначально как система энергетического поражения жизненно важных точек, а не «оздоровительная» гимнастика, как это сегодня принято считать.

Надо сказать, что до появления на свет плодов творчества мастера Чжан Санфэна в письменных источниках (во всяком случае, известных автору, что, однако, не исключает возможность их существования, зная склонность китайцев буквально все систематизировать, канонизировать и т.д.) не встречается сколь-нибудь четкой классификации разделения болевых точек по последствиям от их поражения. Впрочем, и разделения ушу на «внутренние» и «внешние» стили также еще не было — это произойдет лет эдак на четыреста позже, уже во времена династии Цин (1644-1911 гг. правления).

Как бы то ни было, плоды трудов Чжан Сан-фэна не пропали даром, и в период рассвета ушу во времена династии Мин были детально разработаны достаточно четкие классификационные критерии, по которым с тех пор (и поныне) принято различать группы точек-целей при проведении приемов ушу различного типа (их насчитывают всего четыре: удары руками, ногами, броски и захваты). Таких классификаций существует довольно много. Чтобы дать о них некоторое представление читателю, здесь мы приведем лишь три из них, достаточно ярко отра-

жающих отличия внешних и внутренних стилей, а также стилей цинна в их отношении к жизненно важным точкам, в зависимости от методов воздействия, использующихся в том или ином стиле:

1. Шаолиньцюань тянь сю — поражение точек в шаолиньской традиции:

хоу сю — точки, вызывающие боль;

хиа сю — точки, вызывающие нервное потрясение и/или судороги;

ма сю — точки, вызывающие тошноту;

сизу сю — точки, вызывающие паралич конечностей;

шоу сю — смертельные точки.

2. Тайдзицюань тянь сю — поражение точек в традиции тайцзи:

дянь сю — надавливание на точку;

дянь май — перекрытие первичных каналов ци надавливанием на точку¹;

дянь май (дим мак) — надавливание на вены и артерии;

ло сю (инь-ян сю) — поражение точек при переходе энергии из меридиана в меридиан.

3. Цинна тянь сю — поражение точек в искусстве захватов, свойственных как шаолиньцюань, так и тайдзицюань:

фэн цзин — разрыв мышц и сухожилий;

суй гу — травмирование, смещение и перелом костей;

би ци — удушение и перекрытие дыхания²;

дянь май / дим мак — давление на вены и артерии;

дянь сю — надавливание на точки;

дянь май — перекрытие каналов ци с помощью надавливания на точки.

Как видно из представленных классификаций, отношение к целям в различных стилях ушу весьма отличается — но это-то как раз не удивительно. Гораздо удивительнее то, что при всем этом разнообразии целей при поражении и способах воздействия сами точки остаются в большинстве случаев одними и теми же во всех трех классификационных группах! Чаше всего их насчитывают всего 108, однако наиболее употребительными из них являются от 36 до 64, а остальные считаются либо дополнительными, либо поражаются комплексно, так как расположены очень близко друг от друга. На следующей странице мы приводим сводную таблицу китайских точек, указав их название, топографию и последствия поражения. Кроме того, забегая вперед, мы также указываем энергетический канал и время поражения той или иной точки, считая эти данные неотъемлемой частью китайского искусства *тянь сю*³.

¹ В некоторых источниках группы точек *дянь сю* и *дянь май* объединяют в одну большую группу.

² Удушение и перекрытие дыхания совсем не одно и то же. Первого можно добиться только воздействием на шею (перекрыв либо дыхательное горло, либо артерии, питающие кровью мозг), второго — разными видами сжатий грудной клетки, диафрагмы, ударами и т.д.

³ Исследованию энергетического аспекта поражения точек посвящен второй том книги «Анатомия жизни и смерти», над которым ведется работа в настоящий момент.

Китайские жизненно важные точки (тянь сю)

Название	Расположение	Меридиан и время макс. активности	Результат поражения
1	2	3	4
Бай хуэй	Макушка головы	заднесрединный	Тошнота, рвота, смерть
Интан (тинтран, синчин)	На полдюйма выше линии бровей	заднесрединный	Смерть, опухоль
Билиан (мэйсин)	На линии бровей	заднесрединный	Смерть, кровотечение
Шоку	Переносица	заднесрединный	Смерть, кровотечение
Тьян тин	Сонная артерия	толстой кишки (5-7)	Смерть, обморок
Лян цюань	Основание горла	переднесрединный	Смерть, обморок
Тай ян, тай инь	Висок слева и справа	желудка (7-9)	Смерть, обморок
Эр мэнь (фон тан, кая цюань)	Передняя сторона уха	трех обогревателей (21-23)	Смерть, обморок
Цзя чэ (я ша)	Бок челюсти	желудка (7-9)	Смерть, обездвиживание
Цзюй гу	Сверху плеча по центру	толстой кишки (5-7)	Онемение плеча
Би нао	С наружной стороны плеча	толстой кишки (5-7)	Онемение руки
Цюй чи	Передняя часть локтевого сустава	толстой кишки (5-7)	Паралич руки
Шоу сан ли	В верхней части предплечья	толстой кишки (5-7)	Паралич кисти руки
Хэ гу (фи коу)	Между большим и указательным пальцем	толстой кишки (5-7)	Смерть (поражение ци) (отсрочено)
Цзи цюань	Середина подмышки	сердца (11-13)	Сердечный приступ
Инь чуан (тян тай)	Верхняя часть грудной клетки	желудка (7-9)	Смерть, обморок, кашель
Цюо	Нижняя часть грудной клетки	переднесрединный	Тошнота, рвота, смерть
Цзюй коан (цзюй цюэ)	Под ложечкой	переднесрединный	Тошнота, рвота, смерть
Ю мэй (син кан, шань вань)	Солнечное сплетение	переднесрединный	Смерть, обморок
Ци мэнь	Основание ребер	печени (1-3)	Смерть, обморок, кашель
Чжан мэнь	Точка на 11 ребре	печени (5-7)	Смерть, обморок, кашель
Чжун вань	Верхняя часть желудка	переднесрединный	Тошнота, рвота, смерть
Шэ мэнь	Подчрестье	переднесрединный	Тошнота, рвота, смерть
Цзин мэнь	Область поясницы	печени (5-7)	Смерть, обморок, судороги
Нэй гуань (ван мэй)	Внутренняя сторона	перикарда (19-21)	Смерть (поражение ци), болезни (отсрочено)
Ци хай (дан тянь)	Чуть ниже пупка	переднесрединный	Смерть (поражение ци), кровоизлияние
Цричрон	Складка паха	печени (5-7)	Паралич ноги

1	2	3	4
Ци мэнь (бай хай)	Внутренняя поверхность бедра	селезенки (9-11)	Паралич ноги
Тай чжун	Над большим пальцем ноги	печени (5-7)	Онемение ноги, шок
Кон сунь (кун лунь)	Внутренняя часть стопы	мочевого пузыря (15-17)	Онемение ноги, шок
Юн цюань	На подошве стопы	почек (17-19)	Смерть (поражение ци), онемение ноги
Шай ин	Пах	переднесрединный	Смерть, обморок
И фэнь (тянь жун)	За мочкой уха	трех обогревателей (21-23)	Смерть, обморок
Ю гэн (нао ху)	Основание черепа сзади	заднесрединный	Смерть, обморок
Фэн фу	Чуть ниже основания черепа	заднесрединный	Смерть, обморок
Я мэнь	Задняя поверхность шеи	заднесрединный	Потеря голоса, обморок
Тянь чжу	Задняя поверхность шеи	мочевого пузыря (15-17)	Смерть, обморок
Ян инь	Плечевое углубление	желчного пузыря (23-1)	Обездвиживание руки
Вадао	Между 1 и 2 грудным позвонками	заднесрединный	Смерть, обморок
Шэнь чжу	Между 3 и 4 грудным позвонками	заднесрединный	Смерть, обморок
Шэнь дао	Между 5 и 6 грудным позвонками	заднесрединный	Смерть, кровавая рвота
Чжэ лань	Между 7 и 8 грудным позвонками	заднесрединный	Смерть, кровавая рвота
Фэнь мэнь (фон эн)	Сбоку от 2-го грудного позвонка	мочевого пузыря (15-17)	Смерть, обморок
Ду шу (чжу дон)	Сбоку от позвоночного столба	мочевого пузыря (15-17)	Смерть, обморок
Лин тай (бай хсин)	6-й грудной позвонок	заднесрединный	Смерть, кровавая рвота
Гэ гуань (фон вай)	Под лопаткой	мочевого пузыря (15-17)	Обморок, кашель, кровавая рвота
Сюянчу	Между 1 и 2 поясничными позвонками	заднесрединный	Смерть, паралич ног и органов малого таза
Мин мэнь	Между 2 и 3 поясничными позвонками	заднесрединный	Смерть, паралич ног и органов малого таза
Лан коан	Между 4 и 5 поясничными позвонками	заднесрединный	Смерть, паралич ног и органов малого таза
Гань шу	Сбоку на пояснице	мочевого пузыря (15-17)	Смерть, обморок
Хунь мэнь (хсяо яо, шэнь лю)	Поясница	желчного пузыря (23-1)	Смерть, сильная боль
Чан цян (вэй лю)	Копчик	заднесрединный	Смерть, паралич ног и органов малого таза
Вэй чжун	Середина коленного сустава (сзади)	мочевого пузыря (15-17)	Паралич ноги

Примечание: поражение точек производится почти всегда не в то время, когда меридиан проявляет максимальную активность; это связано с концепциями воздействия на энергию (принципы «дед-внук», «верх-низ» и др.), традиционными для китайской медицины.

В Японии, как и в Китае, искусство поражения жизненно важных точек (*кюсё*) неразрывно связано с традиционной медициной, в частности — точечным массажем (*канпо* или *катсу*) и прижиганием. Даже слово «*кюсё*» при одинаковом звучании можно перевести не только как «девять точек» или «ранимые точки», но и как «точки для прижигания». Во многих боевых искусствах Японии эти два умения не только параллельно изучались (и изучаются), но и параллельно использовались (т.е. купировать воздействие на точку можно воздействием на другую точку).

Согласно историческим данным, искусство *кюсё* проникло в Японию в конце IX в. н.э. Первой японской школой, в которой основной упор был сделан на точечные удары кончиками пальцев («*сито-дзюцу*» — «искусство ударов пальцами» или *коси-дзюцу* — «искусство костяных пальцев»), стала Гёкко-рю, «Школа Яшмового тигра».

Эта система была развита в Китае во времена династии Тан. Имеются две версии ее происхождения. Первая из них утверждает, что она была развита охранником дворца, имевшим слабое телосложение, или даже одной из принцесс. Эта версия подтверждается системой движений, которые приспособлены именно для человека небольшого роста и веса.

Согласно другой версии, известный музыкант и авторитет в истории музыки по имени *Ан* из народности *киданей* в Китае создал ее для придворных дам *кидань* (где в то время была расположена главная резиденция династии Тан). Этот человек отвечал за их совершенствование в танцах и боевых искусствах. После падения династии Тан в 907 г. н.э., многие люди, занимавшие высокое положение в обществе, бежали из Китая в Японию. Среди них оказался человек по имени *Чжао Гокай*, который стал источником Гёкко-рю в Японии. По-японски его имя звучит как *Дзё* (или *Тё*) Гёкко.

Точки, использующиеся в Гёкко-рю, имеют как чисто физическое, так и энергетическое содержание¹. В частности, некоторые точки, если их поразить в определенное время (по японски — *тосин*), становятся «отсроченными», т.е. действуют не мгновенно, а через день, неделю, месяц и т.д. Ниже приводится список некоторых из этих точек.

Несмотря на, казалось бы, широкие перспективы развития и использования, Гёкко-рю не стала популярной в самурайской среде, довольно долгое время оставаясь достоянием исключительно монахов-воинов *сохэй* и горных отшельников — *ямабуси*. Это объясняется не столько сложностью самой системы, сколько тем, что ее использование для воина против противника в доспехах было весьма и весьма проблематично.

¹ Именно благодаря доступности в изучении, сравнительной простоте поражения и, так сказать, «многослойности» последствий, большинство точек, описанных в книге, взяты именно из этой древней системы рукопашного боя. Поэтому здесь мы не приводим их список (прим. автора).

Точки, использующиеся в Гёкко-рю

Название точки	Расположение	Время поражения	Время наступления последствий
Касуми	Висок	полночь	Смерть через день
Мурасамэ	Сонная артерия (середина)	полночь 2 часа ночи	Смерть через день Смерть через 14 дней
Кори	Подъем стопы	полночь 2 часа ночи	Смерть через день Смерть через 14 дней
Тэнтё	Темя	2 часа ночи 2 часа дня	Смерть через 14 дней Смерть через год
Мийоё	Подчревьё	2 часа ночи 2 часа дня	Смерть через 14 дней Смерть через год
Гоя (го рин)	Пять точек вокруг центра живота	2 часа ночи	Смерть через 14 дней
Цукикагэ	Бок туловища	4 часа утра	Смерть через 20 дней
Токи ното	Сразу над пальцами ноги	4 часа утра	Смерть через 20 дней
Хидзидзумэ	Над локтем со стороны трицепса	2 часа дня	Смерть через год

Вообще в течение IX-XV веков японские системы рукопашного боя не получили слишком большого развития и часто меняли названия, упоминаясь в различных исторических памятниках и документах как *явара*, *вадзюцу*, *тайдзюцу*, *торитэ*, *коси-но мавари*, *хакуда*, *сюбаку*, *кумиути* и др.

Гораздо большее распространение в это время (XI-XV вв.) получила борьба в доспехах — *йорои-кумиути*. Её создание приписывают Сакаэда Мурамаро (VIII век). При ближайшем рассмотрении комплекса приемов *йорои-кумиути* и принципов, в нем заложенных, также легко обнаружить влияние материкового Китая. Система представляет собой несложный комплекс подножек, подсечек и некоторых других бросков, в сочетании с простыми ударами в незащищенные доспехом части тела: шею, лицо, подмышки, колени. Кроме того, в *йорои-кумиути* использовался короткий кинжал-стиллет — *йоройдоси* или *кабутовари*, предназначенный для пробивания доспеха и добивания поверженного врага. Однако необходимо было обладать достаточно высоким мастерством, чтобы во время обоюдного захвата (*ёцу-гуми* или *куми-юти*) левой рукой достать это оружие и поразить противника в уязвимую точку под правильным углом сквозь доспехи. Первой школой, канонизировавшей *йорои-кумиути*, стала *Цуцуми-ходзан-рю* (XV век).

На фоне *йорои-кумиути* интересны упоминания в некоторых источниках школы *Сёсё-рю*. Специфика этой школы заключалась в развитии исключительной силы и твердости рук, способных пробить металлические пластины панциря и поразить тело врага. Основателем *Сёсё-рю*, по традиции, считается видный полководец и государственный деятель VII века *Накатоми Каматари*, но реальные следы системы прослеживаются не ранее XII века. Известно, что отважный самурайский лидер

Минамото Йосицунэ, увидев как-то раз работу мастера *Сёсё-рю*, был потрясен до глубины души. Успехов в подобном искусстве, когда нужда в *йорондоси* или *кабутовари* отпадает совсем, мог добиться только человек, посвятивший за алке ударных поверхностей долгие годы.

Следующей страницей в развитии искусства поражения жизненно важных точек в Японии стала деятельность исторического основателя *айки-дзюцу*, Синра Сабуро Ёсимицу (XI век), младшего брата Минамото Йосиизэ. По легенде до него это знание передавалось в семье Минамото с очень давних времен от какого-то безвестного буддийского монаха, китаец или японца, в совершенстве владевшего боевыми приемами и умевшего управлять внутренней энергией (*ки*), воздействуя ею на определенные точки человеческого тела.

Синра Сабуро Ёсимицу был весьма образованным для своего времени человеком, по натуре экспериментатором, к тому же владевшим многими видами воинских искусств. Много времени и внимания он уделял изучению анатомии человеческого тела. Руководствуясь китайскими трактатами по медицине, попавшими в Японию еще в III-VI вв. н.э., он препарировал трупы и изучал расположение жизненно важных точек и зон. Наряду с этим Ёсимицу внимательно наблюдал мир животных и насекомых и в конце концов взял за основу построения движений действия паука, ловко опутывающего паутиной свою жертву. Таким образом, Ёсимицу значительно расширил и усовершенствовал перешедшее к нему по наследству фамильное достояние — древнее искусство борьбы. Впоследствии наследники Ёсимицу, больше известные под фамилией Такэда, вплоть до XIX века сохраняли в тайне искусство *айки-дзюцу*, и хотя при Такэда Куницугэ в 1570-1580 гг. *айдзу-то домэ* («искусство пресечения атаки», другое название *айки-дзюцу*) получило новый толчок в развитии, доступ к нему имел только очень узкий круг особо приближенных самураев.

Начиная со второй половины XVI века, с установлением сёгуната Токугава, единоборства без оружия постепенно привлекают к себе все больше внимания представителей самурайского сословия, оказавшихся в условиях новой, сравнительно мирной жизни. Со свойственной японцам любовью к указанию единственного первоисточника всякого явления исследователи истории *дзюдзюцу* в большинстве своем называют основоположником техники саппо китайского мастера Чэнь Юаньбина.

Чэнь Юаньбин предположительно родился в 1587 г. в провинции Чжэцзян, получил хорошее образование и в возрасте 27 лет поступил в знаменитый монастырь *Шаолинь*, где провел 13 месяцев (1615-1616), обучаясь кулачному искусству. В 1621 г он приехал в Японию в качестве переводчика при китайском посольстве. Чэнь встретил очень теплый прием и решил навсегда остаться в Стране Восходящего Солнца. В 1625 г. он поселился в монастыре *Кокусёдзи* в Эдо, где повстречал японского мастера борьбы Фукуно Ситироэмон и двух его учеников — Исогай Дзиродзаэмон и Миура Едзиэмон. Чэнь Юаньбин познакомил их с шаолинь-

ским ушу, в том числе и с приемами поражения уязвимых точек ударами. С тех пор якобы и пошло гулять по школам *дзюдзюцу* искусство *саппо*.

Действительно, в целом ряде сочинений по *дзюдзюцу* XVII-XVIII вв. прямо говорится о том, что именно Чэнь Юаньбин передал японцам секретные приемы *саппо*. Например, в наставлении школы Кюсин ити-рю сообщается: «Говорят, что учение о *сикацу* («умерщвление и оживление») в Японии происходит от Чэнь Юаньбина из великой страны Мин, это учение — секрет медицины и лечебного массажа». Однако другие сообщения позволяют подвергнуть сомнению абсолютность права Чэнь Юаньбина на авторство *саппо*. Так, совершенно независимо от него и его учеников, эта техника была разработана в школе *Ёсин-рю*, которая как раз и славится своими ударами в уязвимые точки, и также, как и *Гёкко-рю*, входит в обучение *Будзинкан*.

Предание называет основателем *Ёсин-рю* врача из Нагасаки Акияма Сиробэй. По легенде, где-то в первые десятилетия XVII в. он отправился в Китай, чтобы углубить свои познания в медицине. Там Акияма пробыл несколько лет, в течение которых, по одним сведениям, изучал приемы *хакуда* — «безоружных ударов» — у китайского мастера по имени Бо Чжуань, по другим — учился болевым приемам и методам реанимации у некоего У Гуаня. Вернувшись на родину, он основал частную школу боевого искусства, где начал преподавать *хакуда*. Однако монотонность тренировок, связанная с чрезвычайно скудным арсеналом приемов, привела к тому, что вскоре почти все ученики отвернулись от бывшего врача. Тогда он закрыл ее и удалился в знаменитый синтоистский храм *Дадзайфу Тэмман-гу* для молений. Как рассказывает легенда, однажды ранним морозным утром Акияма вышел прогуляться в сад. Накануне выпал обильный снег, и у многих деревьев были сломаны ветви, только ива (по другим источникам, вишня) стояла, как ни в чем не бывало — тяжелые комья снега просто соскальзывали с ее упругих ветвей. Говорят, Акияма при виде неповрежденных ветвей ивы пережил озарение. В один миг он понял, что противостоять силе силой бесполезно и губительно, нужно уклоняться от атаки, перенаправлять силу противника и использовать ее себе на пользу. Этот всеобъемлющий принцип одоления силы мягкостью и податливостью лег в основу дальнейших исследований мастера, который вскоре сумел увеличить арсенал своей системы до 303 приемов и создать собственную школу, которая после его смерти получила название «*Ёсин-рю*».

Некоторые историки, критически оценивая предание *Ёсин-рю*, напоминают, что в период, когда Акияма якобы совершил путешествие в Китай, сегунское правительство уже запретило всякие сношения с заграницей. Поэтому, вероятно, этот врач на самом деле никуда не ездил, а черпал свои знания у китайцев, которых было немало в Нагасаки.

Большую, а, возможно, даже главную роль в становлении *Ёсин-рю* и разработке искусства *саппо* сыграл второй патриарх школы Оэ Сэмбэй.

Во «Введении» к наставлению «Способы убийства и реанимации школы Ёсин-рю» говорится: «Что касается происхождения способов убийства и реанимации, то говорят, что эти тончайшие знания были получены в эпоху Чжоу одним лишь Пянь Цяо, поэтому-то и точны эти методы лишь в традиции Пянь Цяо. Позднее, в эпоху Троецарствия, эту традицию получил некий вассал и военный чиновник правителя Вэй по имени Цао Цао и благодаря этому обрел великую славу, его традиция и была передана во всей полноте нашей стране. В то время в краю Хи-но дзэн (провинция Хидзэн) в местечке Исахая жил человек по имени Ёсин Сэмбэй Ёситоки. Он любил кэмпо и искусство бросков и достиг чистейше-утонченной искусности... Получив свиток «Объяснение [строения] тела», переданный вэйским военным чиновником, некогда жившим в Нагасаки, он постиг его тончайшее содержание, назвал его «Свитком восьми добродетелей» и основал школу, которую назвал «Ёсин-рю».

В «Объяснении [строения] тела» были запечатлены уязвимые точки человеческого тела. Оэ и его ученики провели глубокие исследования в этой области и значительно продвинулись вперед по сравнению со своими бывшими учителями. Они тщательно изучили и описали локализацию уязвимых точек, классифицировали их, присвоили им японские названия и описали эффект воздействия на них. Все эти сведения были обобщены и зафиксированы в «Наставлении относительно «Объяснения [строения] тела»», которое стало главным секретом Ёсин-рю. Некоторые исследователи полагают, что теория «Наставления» — это вершина японского искусства *саппо*.

Если отказаться от привычных японцам упрощенных «исторических» схем, мы увидим, что в первой половине XVII в., когда в Японии наконец воцарился мир, и доспехи были запрятаны в специальные сундуки, по всей стране активизировались поиски наиболее эффективных приемов безоружного боя. Одновременно и совершенно самостоятельно в разных княжествах от севера Хонсю до юга Кюсю мастера борьбы исследовали броски, болевые и удушающие приемы и удары. Кто-то из них обнаруживал уязвимые точки чисто эмпирическим путем, кто-то получал подсказку от японских или китайских врачей, кто-то находил нужные сведения в книгах по медицине. Вот так и сложилось в своих основах искусство *саппо*.

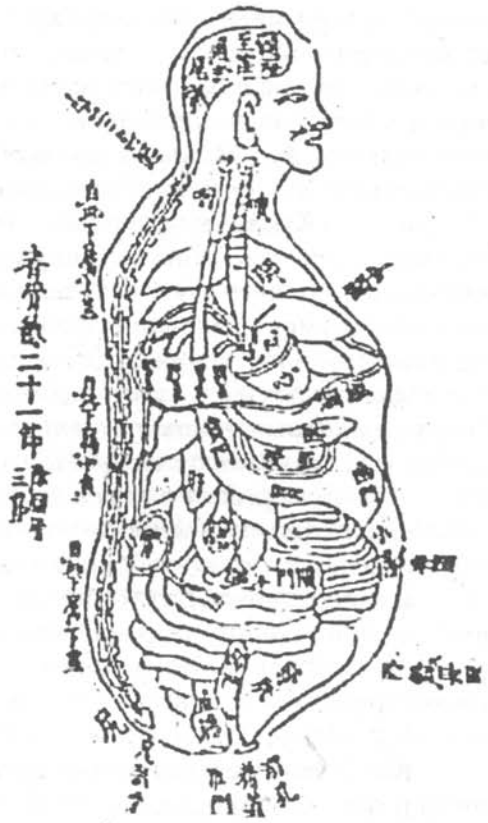
Большую роль в этом процессе сыграл импорт книг по медицине и военному делу из Китая. Следы их влияния обнаруживаются в самых разных школах *дзюдзюцу*. Так, в одном из наставлений *Синкёку-рю*, которая была популярна в княжестве Сэндай, прямо указано на заимствование ряда приемов из своеобразной энциклопедии методов физической культуры и различных искусств «взрачивания жизни» (яншэн) начала эпохи Цин «*Ваньбао цюаньшу*» («Полная книга о десяти тысячах сокровищ»). Из *Синкёку-рю* эти приемы перекочевали в другие школы *дзюдзюцу* княжества Сэндай: *Асаяма итидэн-рю*, *Ягю синган-рю* и др.

Вторым китайским сочинением, оказавшим влияние на развитие техники саппо, явилась книга «Саньцай ту-хуэй» («Собрание иллюстраций трех основ»). Она была привезена в Японию в начале эпохи Эдо и издана под названием «Вакан сансай дзуэ» («Японское и китайское собрание иллюстраций трех основ»). Одиннадцатая глава этой книги называется «Каналы и коллатерали» (кит. «Цзин-ло», яп. «Кэй-раку»). Она содержит учение о системе каналов и коллатералей человеческого тела, которое легло в основу теории школ дзюдзюцу линии Ёсин-рю. Иллюстрации «плотных» и «полых» внутренних органов из этой главы были без изменений перенесены в ряд книг по дзюдзюцу.

Мастера дзюдзюцу эпохи Эдо многое почерпнули из этих и других китайских сочинений по медицине и боевым искусствам. Многие из них стали настоящими специалистами в методах лечения с помощью прижигания, иглоукалывания и поражения жизненно важных точек человеческого тела.

В дальнейшем каждая школа дзюдзюцу претендовала на обладание наиболее достоверной и уникальной информацией в этой области, которая была доступна только наставникам и считалась высшим секретом школы. Видимость этого создавали специфические, сугубо внутреннего употребления, названия уязвимых точек. Однако, ввиду того, что теории всех школ, в конечном счете, опирались на одно и то же китайское учение об анатомии и физиологии человеческого тела, под разными названиями в этих школах скрывались одни и те же важнейшие точки и способы воздействия на них. С другой стороны, в результате применения такого экстремального режима секретности позднейшие тексты по дзюдзюцу, созданные в мирное время, когда не было никакой возможности опробовать приемы на практике, пестрят многочисленными ошибками. Предполагают даже, что некоторые наставники специально обманывали своих недостойных учеников, подсовывая им «липовые» сведения.

В результате соединения различных способов поражения противника с теорией и практическими методами дальневосточной (изначально-



Анатомия человеческого тела
по «Саньцай ту-хуэй»

но китайской) медицины в эпоху Эдо сложилась сложнейшая система приемов воздействия на определенные точки человеческого тела. Она требовала не только тренированного удара и большого боевого опыта, но и досконального знания анатомии и физиологии человека. В тексте начала эпохи Эдо *«Свиток устных наставлений о методах убийства и реанимации, которые следует хранить в сердце»* школы Такэноути-рю говорится: *«Кулачные приемы — редчайшее божественное искусство. Не обладая точными знаниями уязвимых точек, крайне трудно убить противника одним ударом кулака или оживить его (оборотной стороной знания умерщвляющих точек являлось умение реанимировать пострадавшего воздействием на те же или иные точки). Хотя издревле существовали книги со схемами уязвимых точек, из-за того, что они изобиловали ошибками относительно изменений в сезонах и звездах, от них не было толка. Поэтому необходимо внимательно исследовать эти вопросы, изучать древние книги и восполнять их недостатки, ибо, если не знать расположения «плотных» и «полых» внутренних органов, то эффективность кулачных приемов будет невелика».*

В приведенной цитате предельно кратко и ясно сформулирована суть техники *саппо*: удар мастера направлен в особую точку, расположенную на поверхности человеческого тела, связанную с определенными внутренними органами, и, в конечном счете, оказывает разрушительное воздействие на внутренние органы.

Как же представляли себе китайские и японские медики, а вслед за ними и мастера дзюдзюцу устройство человеческого тела?

Древнекитайские медики пришли к выводу, что человек и вселенная принципиально тождественны и соотносятся друг с другом как микрокосм и макрокосм, и получили возможность использовать для объяснения различных процессов, происходящих в человеческом теле, учение о принципах функционирования вселенной. Так в китайскую медицину пришли такие важнейшие мирообъяснительные понятия как *ци* (яп. ки), *инь-ян* (яп. ин-ё) и *усин* (яп. гогё), которые занимают важное место и в теории *саппо*.

Как уже отмечалось, центральное место в построениях китайских космологов и медиков занимает понятие *«ци»* — некая данность, посредством которой древние китайцы объясняли явления природы. Все, что есть в мире, это ци, и кроме ци и его состояний ничего нет. Утонченная, разреженная ци — дух; сгустившаяся — вещество. Ци в своей первозданной тончайшей природе, еще не знающей полярности отрицательного (темного, женского) — инь и положительного (светлого, мужского) — ян, именуется Изначальной Ци (юань ци). Она абсолютно проста, лишена какой-либо «оформленности» (син) и чужда какой-либо дифференциации.

В силу каких-то неведомых причин Изначальная Ци как бы поляризуется: одна «часть» обретает положительный (ян), а другая — отрицательный (инь) заряд. Таким образом, единая ци становится двойствен-

ной, появляется отрицательная ци (инь-ци) и положительная ци (ян-ци). Но они не остаются в статическом состоянии, а начинают переходить друг в друга, как бы обмениваясь зарядами. В отрицательном сокрыто положительное, а в положительном — отрицательное. Сила ян доходит до предела своей зрелости и переходит в инь, которая, в свою очередь, переходит в ян. Таким образом, ци предельно динамична. Это мощные потоки жизненной силы, жизненной энергии, пронизывающие всю вселенную и формирующие ее. Все в мире столь же динамично. Каждая вещь — процесс, поскольку постоянно претерпевает изменения. Отсюда закон: в мире господствуют «перемены» (и).

Процесс перехода отрицательного в положительное и наоборот постепенен и включает в себя пять фаз, которые, в соответствии с древней традицией, называются «пятью первоэлементами» (у син): это дерево, огонь, земля, металл и вода. Дерево — это зарождающееся ян, огонь — зрелое ян, земля — равновесие ян и инь, металл — зарождающееся инь, вода — зрелое инь. Каждый из пяти первоэлементов представляет собой маркер какого-то классификационного ряда. Иными словами, существуют соответствия между первоэлементами как определенными состояниями ци и различными явлениями, как бы воплощающими в себе эти состояния. Например, в «Наставлении о пяти первоэлементах школы дзюдзю-цу Ягю синган-рю» представлена следующая система соответствий.

Таблица соответствий с Пятью Первоэлементами (Гогё)

5 перво-элементов	дерево	огонь	земля	металл	вода
5 плотных органов	печень	сердце	селезенка	легкие	почки
5 полых органов	желчный пузырь	тонкая кишка	желудок	толстая кишка	мочевой пузырь
5 корней	глаза	язык	губы	нос	уши
5 видов ци	теплая	горячая	влажная	сухая	холодная
5 цветов	зеленый	красный	желтый	белый	черный
5 сезонов	весна	лето	сезон жары	осень	зима
5 господ	сухожилия	кровеносные сосуды	кожа и мясо	волосы	кости
5 эмоций	гнев	радость	задумчивость	печаль	страх
5 видов эссенции	душа (кон/тама)	дух (син)	мысль (и)	дух (хаку)	семя (сэй)
5 жидкостей	слезы (наки)	пот	слюна (ёдарэ)	слезы (намида)	слюна (цуба)
5 постоянств	гуманность	справедливость	ритуал	мудрость	вера
5 мест	макушка	сердце	поясница	лоб	живот
5 «форм»	группа	треугольник	квадрат	полумесяц	круг

Пять первоэлементов находятся друг с другом в соотношении взаимопорождения и взаимоуничтожения (взаимопреодоления). Цепочка взаимопорождения первоэлементов выглядит таким образом: дерево порождает огонь, огонь — землю, земля — металл, металл — воду, вода — дерево и т.д. Цепочка взаимоуничтожения: дерево преодолевается металлом, металл — огнем, огонь — водой, вода — землей, земля — деревом и т.д.

По своей сути, ци — это жизненная энергия, жизненная сила, пронизывающая весь мир, все вещи и все существа. Присутствует она и в человеке.

Ци, пребывающая в теле человека, обозначается различными терминами: чжэнь-ци, юань-ци и др. Это своего рода тончайшая и вместе с тем мощнейшая субстанция, циркулирующая по всему организму, наполняя жизнью каждую клетку, каждый орган, каждую кость или мышцу.

Можно сказать, что чжэнь-ци растекается по всему телу, стимулирует и возбуждает рост и развитие человека, обеспечивает физиологическую деятельность внутренних органов, кровообращение, процессы транспортировки и распределения телесных жидкостей, регулирует и поддерживает температуру тела, защищает организм от воздействия внешних патогенных факторов и т.д.

Ци, присутствующая во внутренних органах, в современной научной литературе называется висцеральной ци. Она включает в себя ци сердца, легких, селезенки, желудка, печени и почек. Чжэнь-ци, циркулирующую по каналам и коллатералям, называют ци каналов — цзин-ци. Ци, циркулирующая в кровеносных сосудах, называется ин-ци. Защитную ци, циркулирующую вне васкулярных тканей тела, называют вэй-ци. Наконец, различают еще цзун-ци, которая запасается в грудной клетке.

Жизненная энергия ци циркулирует по организму по сложной системе каналов и коллатералей (цзин-ло; яп. кэйраку). Они связывают воедино внутренние органы, анатомические отверстия, кожный покров, волосы, мышцы и кости.

В систему цзин-ло входят цзин-май (каналы) и ло-май (коллатерали). Цзин-май — это основные «путепроводы», проходящие в глубине тела, а ло-май — их ответвления. Каналы подразделяются на основные и дополнительные.

Основных каналов — двенадцать: *ручной канал легких; ручной канал толстой кишки; ножной канал желудка; ножной канал селезенки; ручной канал сердца; ручной канал тонкой кишки; ножной канал мочевого пузыря; ножной канал желчного пузыря; ручной канал перикарда; ручной канал тройного обогревателя; ножной канал желчного пузыря; ножной канал печени.* Дополнительных — восемь.

Согласно учению дальневосточной медицины, внутренние органы человека включают пять «плотных» и шесть «полых» органов. К пяти «плотным» органам относятся печень, сердце, легкие, селезенка с под-

желудочной железой и почки. К «поям» органам китайские медики относят желудок, кишечник, тонкую кишку, желчный пузырь, мочевой пузырь и тройной оботеватель. Функция «платных» органов состоит в приеме и накоплении необходимых для организма веществ, а «появые» органы отвечают за разожение «воаы» и «зерна» и преобразование

продуктов распада.

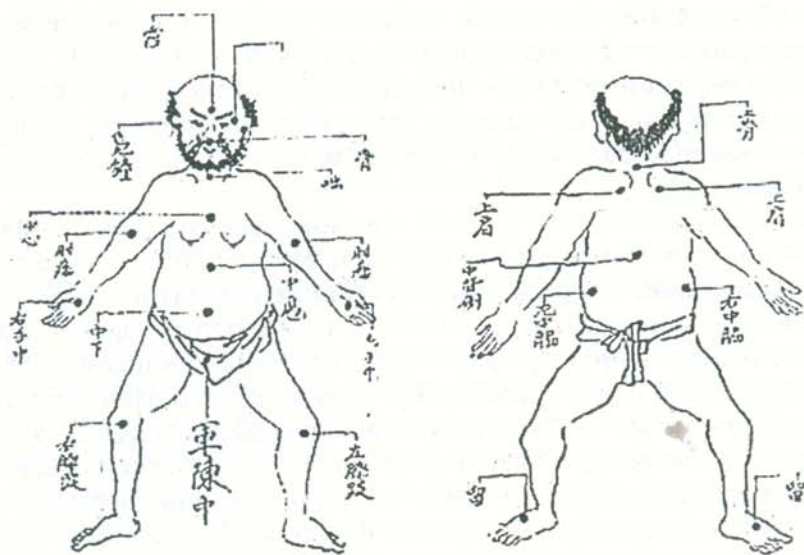
Функционирование внутренних органов зависит от состояния висцеральной ци, то есть той части чжэнь-ци, которая, проходя через каналы и колатералы, поступает во внутренние органы и оказывает на них воздействие. Недостаток ци влечет за собой ослабление ее движущей силы, замедление роста и развития организма и понижение функций, замедление активности внутренних органов и каналов. Например, если в организме недостает ци сердца, человек ощущает беспокойство, сопровождается размышлениями. В тяжелых случаях возникают симптомы атергического сна, комы, сабоумия, бреда, возбужденного состояния и т.п. Дефицит сердца ци приводит к застою крови, который сопровождается побуждением кожи, похолоданием конечностей, головкружением, утомляемостью, оышкой, обильным потоотделением и т.д. Дефицит ци легких вызывает нарушение функции посевания и рпцательного влияния на рост чжэнь-ци, что приводит к дефициту ци всего организма. Этому сопутствуют утомляемость, оышка и обильное потоотделение.

При лечении тех или иных заболеваний дабыневосточные медики стремятся, прежде всего, устранить дефицит ци в организме, восстановить нормальный баланс инь и ян и свободную циркуляцию ци в каналах и колатералах тела путем их очищения. К важнейшим методам регуляции ци в организме издревле относятся приемы воздействия на особые точки тела, где, по представлениям дабыневосточной медицины, каналы и колатералы выходят на поверхность. Путем иглоукалывания, массажа и прижигания этих точек, которые называются «цубо», специалисты восстанавливают нормальный ток ци каналах и колатералах, стимулируют работу внутренних органов. А противовоспалительное по сути, разгрузочное воздействие на те же точки используют мастера *цанно*.

Для эффективного применения техники *цанно* боец должен был прекрасно разбираться в описанной выше в чрезвычайно упрощенном виде анатомии и физиологии, досконально знать локализацию главных точек цубо, их связь с внутренними органами, правильные способы воздействия на них, обладать «поставленными» ударами и т.д. и т.п.

До наших дней сохранялось немало специализированных атаков человека с обозначенными на них уязвимыми точками — «кюэ» (букв. «опасная точка», др. термины «*самтан*» — «точка убийства», «*ансэ*» — «место-дыра» и т.д.), которые применялись в различных школах

дзюдошу.



Локализация уязвимых точек (из наставления школы Сэйю-рю)

Эмпирическим путем были выявлены и затем классифицированы наиболее чувствительные точки, ударами или нажатиями на которые, в соответствии с представлениями дальневосточной медицины, можно прервать ток ци в определенных каналах или, наоборот, чрезмерно активировать его и тем самым нарушить работу определенного внутреннего органа. Так в школе Синто рокуго-рю, основанной в конце эпохи Мэй-дзи (1867-1912) мастером Ногуты Сэнрюкэн, все точки кюсё разделены на 2 категории: точки «сокуси» — «мгновенной смерти» и «сокуто» — «мгновенной потери сознания». К первым относятся такие кюсё, как *уто*, *рёмо*, *касуми*, *дзинтю*, *какон*, *мацукадзэ*, *ситю*, *мурасамэ*, *суйгэцу*, *гэ-цузэй*, *инадзума*, *мэйсэй*, *инно*, *тэнтю*, *дэнко*, *битэй*; ко вторым — *кё-сэн*, *маэ сякутаку*, *сэнрю*, *яко*, *ути куробуси*, *кори*, *докко*, *хаяути*, *ван-дзюн*, *усиро сякутаку*, *усиро инадзума*, *сохи*.

Здесь нужно сказать, что, говоря о точках «мгновенной смерти», мастера *дзюдзюцу* имеют в виду такие точки, поражение которых вызывает тяжелый шок и потерю сознания, но не настоящую смерть. Такая техника применялась для того, чтобы можно было после схватки реанимировать противника с помощью специальных «приемов оживления» — *каппо* и захватить его живьем. Японские авторы особо подчеркивают, что в этом проявляется гуманный дух японского *дзюдзюцу*, в основе которого лежит доктрина *симбу фусацу* — «божественное воинское искусство не несет смерти». При этом наставники постоянно подчеркивают чрезвычайную опасность приемов *саппо* и учат, что применять их можно только в самых безвыходных положениях, когда нет возможности спастись бегством, или все иные средства уже исчерпаны.

Для каждой точки *кюсё* был подобран наиболее эффективный способ воздействия на нее — ударный, нажимной или перетирающе-массирующий, разработаны способы ее «раскрытия» (например, при нормальном положении руки уязвимая точка закрыта мышцами, но если ее выкрутить, то пласт мышц сдвинется, и точка «откроется»), установлен угол воздействия — строго перпендикулярно, снизу вверх, сверху вниз и т.д.

Были разработаны также и весьма изощренные приемы последовательного или одновременного воздействия на несколько точек в соответствии с порядком взаимоуничтожения в системе пяти первоэлементов. Такие методы применялись для облегчения проведения бросков, болевых и удушающих приемов и для причинения тяжелой травмы внутренним органам противника. Эта техника практиковалась в таких школах дзюдзюцу, как *Ягю синган-рю*, *Синкеку-рю*, *Такэноути-рю* и др.

Чтобы читатель мог составить себе представление о том, что же представляли собой «учебники» по *саппо*, приведу несколько фрагментов из наставления школы *Ёсин рю* «Иллюстрации к «Объяснениям [строения] тела».

Убийство [ударом] в точку «мацукадзэ» — это удар в дыхательное горло, относящийся к уровню Ян (Е-но курай). [Проходящий здесь] канал — это путь движения, по которому *ци* поднимается вверх и опускается вниз. «Верхняя железа» разделяется на две горловые части — правую и левую [В этой области] у человека проходят две трубки. Одна — путь движения «воды и зерна» (т.е. основных питательных субстанций). Вторая называется «дыхательной трубкой». Она сообщается с «полым органом» легкие, который расположен на 1 сяку 2 сун (36 см) ниже.

Удар в точку *кюу* относится к методам убийства Инь. Внизу он пронзает желудок, [через который проходит] путь движения «воды и зерна». Вся пища и питье помещаются в желудок [Подробности] передаются изустно.

Убийство [ударом] в точку *ганка* («под соском») — это пронзающий удар в «четыре внутренних угла» груди. [Здесь] канал проходит через два органа — легкие и сердце. Следует знать, что, во-первых, [таким] ударом поражается «плотный орган» сердце. Все остальные «плотные» и «полые» органы связаны с этим «плотным» органом сердце, и стоит нанести хотя бы легкий удар [в сердце], как он немедленно отзовется в [всех остальных] органах. Посему следует знать, что [метод поражения сердца] является самым эффективным способом убийства.

Убийство [ударом] в точку *инадзума* — [это поражение] «полого органа» желчный пузырь. Уровень солнца и луны (т.е. ян и инь), желчный пузырь размещается между «четырьмя листьями» печени, но это отдельные органы. В желудок помещаются «вода и зерно», которые принимает «тонкая кишка». Мочевой пузырь принимает жидкость.

«Толстая кишка» — принимает гущу. Так, среди пяти «плотных» органов нет ни одного, который бы что-либо не принимал. Но желчный пузырь стоит особняком, он не принимает муть «воды и зерна» и, находясь меж «листьев» печени, заимствует у нее [тончайшую] «семенную ци», вот такой это орган. Крепость и сила человеческого тела целиком зависят от желчного пузыря. [Эффект от применения этого метода] убийства [ударом в эту точку] проявляется очень быстро, подобно мгновенной [поражающей] силе, поэтому [эту точку] и называют «инадзума» — «молния» [точка инадзума расположена] на начальном канале, управляющем силой человека».

Особое внимание было уделено разработке техники ударов. Для поражения точек использовались самые различные позиции руки, локоть, колено, разные части стопы. Для каждой точки была определена своя ударная часть.

В арсенале *дзюдзю* преобладают удары руками, которые бывают двух основных типов: *цуки* и *ути*. *Цуки* — это удар, наносимый строго по прямой, при нем ударная часть как бы вонзается в тело в противника. *Ути* же наносится с замахом сбоку или по диагонали. Удары *цуки* наносятся с вкладыванием веса в удар, а удары *ути* выполняются силой одной руки.

Для постановки ударов применялись различные методы — и отработка в воздух, и обозначение при выполнении парных упражнений, и специальные упражнения с палками, мечами и т.д. В некоторых школах использовались и довольно экзотические способы тренировки.

Существует предание о том, что в школе *Тэндзин сингё-рю* для подготовки рук применялась методика «*ёмбу-но ита*» — «доска толщиной в 4 бу» (1 бу — 3,03 мм). Суть этой методики состояла в том, что дощечку толщиной в 4 бу клали на пол и разбивали ударом кулака. Поскольку под дощечкой был пол, сделать это было не так уж просто. Одной силы для этого было слишком мало, требовалось еще и владение особой техникой удара.

Уникальным мастерством *атэми* прославился дзэнский монах и основатель школы *Фусэн-рю* по имени Такэда Моцугай (1794-1867), от которого, помимо всего прочего, остались доски для игры в го и столбы с глубокими вмятинами от ударов костями кулака. Не случайно его прозывали *Кэнкоцу-осе*: «Преподобный Костяной кулак». Такого мастерства он добился, подвешивая вертикально татами и нанося по нему удары руками и ногами.

В школе *Ёсин-рю* удары руками и ногами тренировали на большом глиняном горшке грубого обжига, который оборачивали толстым ватным одеялом. Если при ударе горшок не опрокидывался, а ломался, считалось, что ученик достиг уровня, позволяющего убить противника, повредив какой-то из его внутренних органов. В теории, при применении такого удара на поверхности тела не должно остаться никакого следа.

Приемы *саппо* в большинстве школ *дзюдзюцу* трактуются как вспомогательные, применяемые для облегчения проведения бросков, перехода на болевые и удушающие приемы и удержания. Связано это с тем, что в реальной схватке попасть точно в маленькую точку на теле перемещающегося противника чрезвычайно сложно, а потому боец должен быть готов использовать другие приемы. Кроме того, в виду сложностей с апробированием техники на тренировках, трудно быть уверенным в том, что удар сработает как надо. Поэтому мастера *дзюдзюцу* и не делают главной ставки на удары и применяют их преимущественно в качестве *кариатэ* — «ложного удара», позволяющего пресечь атаку противника, отвлечь его внимание и подготовить другой прием.

Но, с другой стороны, вершиной искусства борьбы практически все школы признают способность сразить противника одним «настоящим ударом» — *хон-атэ*. Считается, что овладение *саппо* венчает весь процесс обучения борца, и что мастерское его применение возможно только для специалистов высочайшего класса.

Очень много внимания уделялось изучению техники *атэми* в *дзюдо*. Начало этим исследованиям положил сам Кано Дзигоро, который, по сути, совершил настоящую революцию в этой области. Дело в том, что Кано сумел организовать совместные исследования уязвимых точек своего наставника по школе *дзюдзюцу* *Тэндзин сингё-рю* Иноуэ Кэйтаро, обладавшего практическими знаниями техники *атэми*, и профессора Токийского университета Одзава Кэндзи, вооруженного знаниями западной медицины. В результате этих исследований на свет появилась статья «*Дзюдзюцу сикацу-но бэн*» («Объяснение методов умерщвления и реанимации *дзюдзюцу*»), опубликованная в 1884 г. в журнале Токийского университета «*Гакугэй сирын*» («Журнал наук и искусств»), в которой впервые в истории японских боевых искусств был дан анализ локализации 20 уязвимых точек, изучаемых в традиции *Тэндзин сингё-рю*, и эффективности воздействия на них с точки зрения западной анатомии и физиологии. Поскольку эта статья была опубликована в специальном журнале, выходившем очень маленьким тиражом, для широкой публики она прошла практически незамеченной. А между тем интерес к технике *атэми* в конце XIX в. стал быстро нарастать, поскольку как раз в это время начали рассекречиваться знания уязвимых точек отдельных школ *дзюдзюцу*. Первые работы, рассчитанные на широкую аудиторию, в которых приоткрывалась завеса тайны над методами поражения уязвимых точек, принадлежат мастеру школы *Тэндзин сингё-рю* Инокути Мацуносукэ.

В 1887 г. он опубликовал книгу «*Дзюдзюцу кэн бо дзукай хикэцу*» («Иллюстрированное разъяснение секретов *дзюдзюцу*, фехтования мечом и палкой»), в которой привел рисунки с указанием уязвимых точек, расположенных на лицевой и задней поверхностях человеческого тела. Тремя годами позднее, в 1890 г., Инокути опубликовал

книгу «*Будо дзукай хикэцу*» («Иллюстрированное разъяснение секретов боевых искусств»), в которой дал подробную локализацию 7 наиболее важных уязвимых точек. В этих книгах мастер излагал вопрос об *атэмивадза* с опорой на представления традиционной дальневосточной медицины, и соответствующие разделы практически без изменений переписал из старого текста «*Тэндзин сингё-рю Хито-но маки*» («Свиток «Человек» по школе Тэндзин сингё-рю»), восходящего к древней традиции школы *дзюдзюцу Рёин-рю*. Появление этих книг Инокути Мацуносукэ стимулировало активность других специалистов. Во второй половине 80-х — первой половине 90-х гг. XIX в. книги по *атэми* выходят одна за другой: «*Дзюдзюцу сикацу бэнфан*» («Краткое руководство по технике умерщвления и реанимации дзюдзюцу») Мияути Кисёи, «*Дзюдзюцу хидэн канпо*» («Секретные методы реанимации дзюдзюцу») Мацумото Мино, («Подробное разъяснение методов реанимации в японском дзюдзюцу») Морианага Хэйдзи, «*Дзюдзюцу атэми кацу-но хо*» («Методы атэми и реанимации дзюдзюцу») Фудзимура Киндзио и др. Также, как и в первых работах, их авторы излагали традиционные представления об уязвимых точках.

Настоящий прорыв в исследовании вопроса произошел в 1896 г., когда Инокути Мацуносукэ издал свой самый знаменитый труд — книгу «*Сикацу дзидзай сэккоцу рёхо. Дзюдзюцу сэйрисё дзэн*» («Полный курс физиологии искусства дзюдзюцу: методы убийства, реанимации, лечения вывихов и переломов»), которая обобщила все достижения японских исследователей того времени. В этой работе Инокути полностью отказался от традиционных дальневосточных представлений о физиологии человека, которые излагал в своих предыдущих книгах, и на основе исследований профессора Одзава Кэндзи детально рассмотрел вопросы локализации уязвимых точек, возможного физиологического эффекта и эффективности воздействия на них с позиций западной анатомии и физиологии. Таким образом, Инокути сделал достоянием гласности те материалы, которые еще за 12 лет до этого получили в свое распоряжение дзюдоисты. Продолжил и углубил исследования Инокути ученик Кано Дзигоро, обладатель 7-го дана дзюдо, в предвоенный период директор центра *Кодокан*, профессор медицины Ямада Ко. В довоенных выпусках журнала «*Дзюдо*», который издавался *Кодоканом*, он опубликовал целый ряд статей о технике *атэми*: «*Атэми*» («Ударная техника»), «*Уто-но атэ*» («Поражение уязвимой точки уто»), «*Техника тоатэ*» («Техника поражения противника с расстояния»), «*Сатто касуми*» («Смертельная точка касуми»), «*Тэнто-но сацу*» («Убийство ударом в точку тэнто»), «*Хоккёку-но сацу*» («Убийство ударом в точку хоккёку») и «*Мурасамэ Мацукадзэ-но сацу*» («Убийство ударами в точки мурасамэ и мацукадзэ»). Во всех этих статьях сэнсэй Ямада давал подробное описание локализации точек, их анатомии и физиологии, объяснял характер воздействия на данные

точки и степень его эффективности. До настоящего времени эти публикации считаются классическими работами на тему *атэми*.

Изучив физиологический эффект нанесения ударов в различные уязвимые точки человеческого тела, Ямада Ко установил, что, *«если исключить травмы, которые влекут за собой смерть противника, такие, как, например, кровоизлияние в черепную коробку или повреждение жизненно важных внутренних органов в целом, применение техники атэмивадза в 53% случаев влечет за собой обморок, потерю сознания или шоковое состояние; в 25% случаев — травмы опорно-двигательного аппарата: паралич, растяжение, вывих, перелом кости и др.; в 20% — кровотечение из носа, рваные раны и др.; в 2% — нарушения зрения, слуха и т.д.»* Кроме того, он подтвердил существование техники «отсроченной смерти»: *«Существуют также такие приемы атэми, о которых говорят: «Час сна — смерть через три дня».* Так называют приемы, эффект которых может варьироваться от чрезвычайно легкого, кратковременного обморока до смертельного исхода в результате вторичного шока, аневризмы или разрушения клеток печени через три дня, три месяца и т.д. после применения техники атэмивадза».

Наконец, во второй половине 60-х гг. XX в. обладатель 5-го дана по дзюдо, сотрудник научно-исследовательской лаборатории спорта при Токийском педагогическом университете, профессор медицины Асами Такааки провел серию практических экспериментов с нанесением реальных ударов в уязвимые точки человеческого тела. Во время этих опаснейших экспериментов дзюдоистам, которые выступали в качестве «подопытных кроликов», завязывали повязкой глаза, а каратисты без всякого предупреждения наносили им удары в различные уязвимые точки, после чего фиксировались изменения в работе дыхательной системы, показаниях электроэнцефалограммы, фиксирующей волны, излучаемые мозгом, и электрокардиограммы. Удары в полную силу наносились по 3 точкам *сокуто* (удар по ним влечет потерю сознания) и 7 точкам *сокуси* (поражение их влечет смерть). Результаты этих исследований были опубликованы в 4-м выпуске «Бюллетеня научно-исследовательского общества Кодокан дзюдо» (*«Кодокан дзюдо кагаку кэнкюкай кисё»*).

В Кодокан дзюдо используются удары руками, ногами и головой. Все удары разделяются на 3 типа: 1) *цуки* — тычковые удары, 2) *ути* — рубящие, хлесткие удары, 3) *кэри* — удары ногами.

Траекториям ударов большого внимания в дзюдо, как и в большинстве старинных школ дзюдзюцу, в отличие от каратэ, не уделяют, поскольку главным в ударе считается наличие определенных качеств, а не формы (хотя последняя, конечно же, существует).

Эти качества суть следующие:

1) скорость удара, как указывает Ямада Ко, «эффективность удара в технике атэмивадза определяется по формуле:

$$I = \frac{MV^2}{2},$$

где M — масса, а V — скорость, именно поэтому обладатель 10-го дана учитель Мифунэ Кюдзо и говорит, что «сила — это скорость», чем больше предмет, чем он тверже, чем выше скорость удара этим предметом, тем эффективнее удар»;

2) точность удара, удар должен поражать, во-первых, определенную уязвимую точку, а, во-вторых, приходится строго под прямым углом к поверхности мишени;

3) в ударе должна использоваться правильная ударная форма руки, ноги или головы, обеспечивающая максимальную жесткость и точность воздействия;

4) правильное вложение в удар всего веса и силы, что возможно только при условии полной согласованности действий рук, бедер и ног и высокой скорости, что, в свою очередь, возможно только при условии сохранения равновесия;

5) правильный момент нанесения удара, боец должен понять ритм дыхания противника и нанести удар в момент окончания его выдоха, на вдохе;

6) отдергивание бьющей конечности после удара, после удара боец должен отдернуть руку с той же скоростью (а лучше с еще большей скоростью), с какой наносил удар, чтобы подготовиться к следующим действиям, поэтому отрабатывать удары нужно обязательно в сочетании отдергиванием.

Эффективность удара зависит еще от нескольких факторов:

1) степень уязвимости точек различна, одни из них более чувствительны, другие менее;

2) различные виды ударов оказывают различное воздействие на уязвимые точки противника;

3) максимальная разрушительная мощь удара достигается при сочетании пробивного воздействия с вращательным движением, как, например, при ударе сильно сжатым кулаком с вкручиванием;

4) эффективность удара повышается, если мишень столь же тверда, как, например, черепная коробка, или столь же толста и велика, как туловище.

Как указывает Ямада Ко, «удар оказывает на внутренность мишени пробивное и побочное воздействия... Что касается побочного воздействия, то поражаемые части тела, содержащие мягкие, богатые жидкостью органы, такие, как черепная коробка, содержащая головной мозг; длинные трубчатые кости, в которых хранится костный мозг, грудная клетка, окружающая легкие, мочевой пузырь, наполненный мочой, полный после еды желудок, сердце в фазе расслабления, а также такие ранимые органы как печень, селезенка, почки, испыты-

вают сильное сотрясение на клеточном уровне и повышение в них давления жидкости. Кроме того, удары могут привести к прободению, разрыву и другим травмам внутренних органов, что влечет за собой выделение мокроты, мочи и кала с примесью крови, сотрясение головного мозга, кровоизлияние в черепную коробку и т.д. Сильный удар в область живота вызывает сотрясение внутренних органов. Кроме того, косвенным образом он может повлечь за собой травму легких».

Для эффективного применения техники атэми требуется спокойствие, хладнокровие и точный расчет. «Все приемы атэмивадза должны применяться решительно, бесстрашно (муи), без сомнений (муги), с полной самоотдачей (муити) и вложением всей силы (мутай), т.е. в состоянии «му» — «отсутствия Я», с опорой на знания дистанции (маай), постановки дыхания (тёсоку), координации движений (тесэй), усвоенные в процессе неустанных тренировок в дзюдо. Однако не приходится спорить о том, что реальный размер ущерба, который может быть причинен противнику с помощью техники атэми, зависит от многих факторов смелости исполнителя, его натренированности, мастерства, ловкости и др.», пишет сэнсэй Ямада. Таким образом, овладение техникой атэми как бы венчает овладение всей борьбой дзюдо, и мастерское ее применение оказывается возможным только для специалистов высочайшего класса.

Базовые формы ударов отрабатываются в комплексе Сэйреку дзэнъё кокумин тайику-но ката — «Ката национальной физкультуры», основывающейся на принципе правильного использования психических и физических сил, с которым мы планируем познакомить читателей в ближайших выпусках сборника. Но в других ката дзюдо и в разделе самозащиты используются и удары, отличные от базовых вариантов.

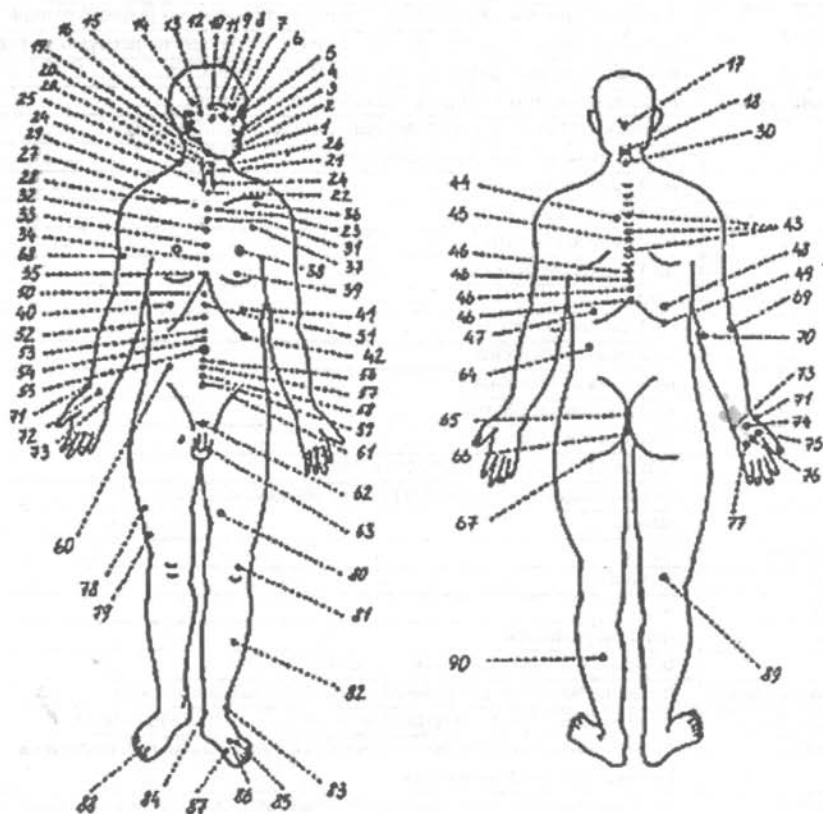
Уязвимые точки, используемые в технике атэми, называются «кюсе» или «цубо». Последнее название указывает на их принадлежность к точкам, на которые осуществляется воздействие методами иглоукалывания и прижигания.

Согласно тексту «Исинпо» («Методы врачевания сознания»), написанному в 985 г. Тамбой Ясуери, для прижигания моксой и иглоукалывания используются 660 точек, а по данным трактата «Синкюсуйе» («Важнейшие избранные места из иглоукалывания и прижигания») таких точек 213. В процессе своих исследований уязвимых точек, используемых в технике атэми, профессор Ямада установил, что на срединной линии человеческого тела находятся 36 точек цубо, по обеим сторонам от нее располагается еще 102 точки цубо, и 1 точка находится в области слепой кишки. Суммировав эти цифры, мы получаем общее число уязвимых точек — 139, которое почти полностью совпадает с числом наиболее важных точек, используемых в иглоукалывании и прижигании. Названия и локализация всех этих точек даны в таблице и на рисунках 1 и 2.

Таблица локализации болевых точек в дзюдо согласно Ямада Ко

Название точки	Локализация точки
1	2
Катикакэ	середина внешнего края подбородка
Какон	в центре нижней десны
Дзинтю	под носом
Бисэн	кончик носа
Дзюке	внутренний уголок глаза
Санкон	крылья носа
Микэн	межбровье
Уто	глазное яблоко
Ганка	болезненная точка ниже внешнего угла глаза
Дэнтаку	болезненная точка выше внешнего угла глаза
Тэндо	большой родничок
Тэнто	малый родничок
Рёмо	на виске перед ухом, где на границе роста волос проходит поверхностная височная артерия
Касуми	висок
Райка	ушная раковина
Докко	место соединения нижней челюсти с черепом, ямка под ухом
Хоккёку	затылочный бугор (бугорок на сочленении трех костей задней части черепа)
Котю	затылочная впадина
Дзэцукон	под нижней челюстью, место прикрепления шеи к голове
Сикон	симметричные болезненные точки, расположенные в ямках по бокам от верхней части дыхательного горла
Кэкко	дыхательное горло
Котю	яремная впадина
Хитю	ямка сразу над грудной костью
Кока	симметричные болезненные точки, расположенные в ямках по бокам от нижней части дыхательного горла
Мацукадзэ	сонная артерия справа на шее
Мурасамэ	сонная артерия слева на шее
Кюу	болезненная точка в месте соединения грудины с ключицей
Эрисита	середина ключичной кости
Кэнсэн	место соединения ключицы с плечевой костью (внешний край ключицы)
Кэйтю	ниже затылочной впадины
Сикикоцу	рукоятка грудины
Хакоцу	на грудице между точками сикикоцу и дантю
Дантю	на теле грудины
Ке-сэн	место прикрепления отростка грудины
Хатоноо	отросток грудины
Унгэцу	ямка под внешним краем ключицы
Кёка	перед подмышечной впадиной
Гантю	сосок
Ганка	под соском
Инадзума	правый бок, между ребрами
Дэнко	левый бок, между ребрами
Гэцуэй	плавающее ребро
Мицутари	остистые отростки 3-го, 5-го и 7-го позвонков грудного отдела
Хаяути	чуть левее позвоночного столба на уровне между остистыми отростками 3-го и 4-го позвонков грудного отдела

1	2
Саккацу	между остистыми отростками 5-го и 6-го позвонков грудного отдела
Хэкирэки	остистые отростки 9-го, 10-го, 11-го и 12-го позвонков грудного отдела
Уси-ро-дэнко	в области нижних ребер на левой стороне спины
Уси-ро-инадзума	в области нижних ребер на правой стороне спины
Кёин	на спине, 11-е и 12-е (плавающее) ребра (область почек)
Суйгэцу	под ложечкой (солнечное сплетение)
Дзёкан	на 4 сун выше пупка
Тюкан	на 3 сун выше пупка
Гэкан	на 2 сун выше пупка
Ранмон	на 1 сун выше пупка
Мёдзё	пупок
Тэннан	на 1 сун ниже пупка
Катю	на 2 сун ниже пупка
Кангэн	на 3 сун ниже пупка
Тандэн	на 1,5 кулака ниже пупка
Мёкэн	область слепой кишки
Яко	наружное отверстие пахового канала
Хокусин	место соединения правой и левой лобковых костей
Кинсе	яички
Уси-ро-гэцуэй	почки
Камэноо	копчик
Товатари	анус
Дэнка	седалищный нерв
Ванкун	болезненная ямка снаружи от плечевой кости
Сото-хидзидзумэ	болезненная ямка с наружной стороны от локтевой кости
Ути-хидзидзумэ	болезненная ямка с внутренней стороны от локтевой кости
Сото-сякутаку	болезненная ямка, расположенная на стороне большого пальца на границе предплечья и кисти
Ура-сякутаку	болезненная точка на границе предплечья и кисти на стороне ладони между лучевой и локтевой костями
Ути-сякутаку	болезненная ямка, расположенная на стороне мизинца на границе предплечья и кисти
Омотэ-сякутаку	болезненная точка на границе предплечья и кисти на тыльной стороне ладони между лучевой и локтевой костями
Гококу	ямка в месте соединения большого и указательного пальцев руки
Тюте	ямка в месте соединения среднего и безымянного пальцев
Кораку	ямка в месте соединения безымянного пальца и мизинца
Фукуто	на 6 сун выше коленной чашечки
Сита-яко (сэню)	на 3 сун выше коленной чашечки, посередине между коленной чашечкой и точкой фукуто
Кэккай	болезненное место на внутренней стороне бедра на 6 см выше коленной чашечки
Сарабонэ	коленная чашечка
Кокэй	в середине передней поверхности голени
Сото-коробуси	наружная лодыжка
Ути-коробуси	внутренняя лодыжка
Ринкю	ямка на подъеме стопы между безымянным пальцем и мизинцем
Хякумэ-оти	в середине подъема стопы
Кори	ямка на подъеме стопы на стороне большого пальца
Сисэн	основания ногтей пальцев ног
Сицукоку	ямка в коленном сгибе
Кусанаги	в центре задней части голени



Уязвимые точки дзюдо согласно Ямада Ко

На основе этих данных он пришел к выводу, что «Общая поверхность тела среднего молодого высокого мужчины имеет площадь около 1,6 кв. метра, и на столь маленькой площади сосредоточено свыше 139 уязвимых точек, особенно много их располагается на голове и лице. В связи с этим думаю, что не будет большим преувеличением сказать, что все тело можно рассматривать как одну уязвимую точку».

Среди этих 139 уязвимых точек могут быть выделены точки, которые бойцу удобно поражать ударами, и точки, которые неудобно поражать ударами. Есть также точки, удары в которые в высшей степени эффективны, и точки, удары в которые не дают столь большого эффекта, хотя в бою со специалистом высшего класса любое место, куда бы он ни нанес удар, становится в высшей степени уязвимой точкой. О наиболее уязвимых точках Ямада Ко пишет следующее: «В принципе, многие точки чрезвычайно уязвимы, но если уж выбирать самые уязвимые из них, то следовало бы назвать такие точки, как катикакэ, касуми, мацукадзэ, мурасамэ, котю суйгэцу, кинсе и некоторые другие».

Особняком стоит направление безоружного боя *коппо-дзюцу*, или «искусство поражения костей», получившее распространение в таких стилях, как *Кото-рю*, *Гикан-рю* и некоторых других. Как видно из названия, основными целями в искусстве *коппо* являются кости и суставы человеческого организма, при помощи поражения которых (переломов, раздробливания, вывиха) достигаются те или иные цели в поединке (например, сломанным ребром пробивают легкое, тем самым обрекая противника на медленную и мучительную смерть от удушья, или пробивают височную кость, убивая врага мгновенно).

Согласно *кудэн* (устной традиции), истоки искусства *коппо-дзюцу* следует искать в Китае. В Японию их привез монах *Чань Бусё*, который прибыл на острова из Кореи.

Прежде чем техника, известная сегодня как *Кото-рю*, попала из Китая в Японию, обучение и технику, именуемую «*Кото-рю*», привезли в Китай из Индии, где эти методы были известны как «Каранай». В то время эта техника (известная сегодня как *коппо-дзюцу* и *коси-дзюцу*) считалась чуть ли не чудесной, позволяющей в одиночку легко контролировать или даже убить противника без особых усилий.

Когда эта техника попала в Китай (считается, что это произошло во времена правления династии *Хань*), она считалась неотъемлемой частью буддизма, также завезенного в Китай из Индии. Наиболее лучшим методом передачи считалось обучение только одного избранника, что, во-первых, обеспечивало секретность, а во-вторых, качество обучения. Подобные методы передачи до сих пор существуют в семейных школах Китая. И хотя обучение велось таким достаточно «закрытым» способом, что, казалось бы, должно было гарантировать передачу знаний без каких-либо изменений, попав на китайскую почву, методы достаточно сильно изменились и адаптировались в Китае, прежде чем попасть в Японию.

Когда же эти знания попали в Японию, процесс развития и изменения вновь коснулся техники и принципов. Также, как в Китае, обучение *коси-дзюцу* и *коппо-дзюцу* велось только для элитных групп учеников и, конечно, в полной мере передавалось только одному наследнику. Так продолжалось из поколения в поколение.

Согласно книге «*Дай Ниппон Бугэй Рю Ха*», существует несколько линий истории *Кото-рю*. Имеется также и список Великих Мастеров школы, который мы приведем ниже. Конечно, многие известные самураи и ниндзя тренировались в технике *Кото-рю*. К примеру, известный ниндзя *Исикава Гоэмон*, изучавший *нинпо* у своего хозяина, *Момоти Сандаю*. Гоэмон лучше всего ассоциируется в памяти японского народа с образом народного мстителя, эдакого японского Робин Гуда. Гоэмон также известен как тот, кто якобы убил известного лидера *Хидэйоси*, но это не доказано. Согласно популярной легенде, он был сварен живьем в кипящем масле, но другие *кудэн* говорят, что он сумел избежать этой участи.

Технику, ставшую впоследствии техникой *Кото-рю коппо-дзюцу*, реорганизовал в систему *Сакагами Таро Кунисигэ* в 1542 г. Человек, который стал вторым Великим Мастером школы, *Бандо Котафо Минамото Масасигэ*, был убит в сражении спустя несколько лет.

История *Кото-рю* говорит о том, что техника школы передавалась от Бусё далее несколькими поколениями, прежде чем попала в руки *Сакагами Таро Кунисигэ* где-то в середине XVI века. Он считается официальным «отцом-основателем» школы (школа была окончательно оформлена при *Тода Сакио Исинсай*, четвертом *сокё* школы).

Когда школа попала к *Соугёкко Кан Рисудзи*, её передача стала вестись параллельно с *Гёкко-рю коси-дзюцу*, так как *Соугёкко* был также *сокё Гёкко-рю*.

От него система попала к известному лидеру ниндзя *Момоти Сандаю*, который стал *сокё Кото-рю* и *Гёкко-рю*. *Рю* оставалась в семье *Момоти* несколько поколений, после чего перешла к семье *Тода*. *Тода Сэй-рю Нобуцуна* был первым Великим Мастером *Кото-рю* из семьи *Тода*. Он возглавлял школу с 1624 по 1644 годы.

По общераспространённому мнению, *ниндзя* использовали в своем рукопашном бою несколько десятков смертельных точек «внешнего характера» (*сикэцу* или *саккацу*), позволявших мгновенно убить или отключить противника. Наиболее популярными были места, воздействие на которые не вызывало видимых повреждений, но было летальным. Вот краткий список таких точек:

Название	Местоположение	Последствия поражения
<i>Я мэн</i>	Задняя сторона шеи	Перелом шейных позвонков, повреждение спинного мозга и позвоночной артерии — смерть
<i>Ванку</i>	За ухом	Кровоизлияние в мозг — смерть
<i>Касуми</i>	Висок	Разрыв средней мозговой артерии — смерть
<i>Рэн сэн</i>	Гортань	Рефлекторная остановка сердца, перелом щитовидного хряща, повреждение каротидной артерии с кровотечением — смерть
<i>Хитю</i>	Межключичная ямка	Травма дыхательного горла и трахеи, потеря сознания и смерть от удушья
<i>Сян тюн</i>	Подложечная ямка	Рефлекторная остановка сердца, повреждение внутренних органов — смерть
<i>Усиро дэнко</i>	Слева и справа от поясницы на уровне 11 грудного позвонка	Тяжелая травма почек, разрушение нервов и сосудов, нарушение дыхания, обездвиживание, потеря сознания, смерть

Кроме *саккацу*, *ниндзя* использовали также искусство отсроченной смерти (*саннэн-гороси* или *дзюнэн-гороси*), весьма близкое к китайским техникам *дьян май* или *ло сю*. Эта система значительно отличается от простого силового воздействия на уязвимые точки, и о ее особенностях мы продолжим разговор во втором томе нашей диалогии.

«Бубиси». Статья 8

Рассуждение о поражении захватами и ударами кровеносных сосудов и сухожилий при помощи способа жесткого кулака

«Рассуждая о ценностях традиции боевого искусства, нельзя упускать из виду важность приемов «жесткого кулака». Говорят, если сильно ударить этим секретным приемом жизненно важную точку человека, результатом может быть смерть. С другой стороны, атака на мышцы или суставы точным ударом может парализовать человека.

Я слышал, что при помощи этой техники можно разрушить непосредственно ци человека. Если [эту технику] правильно использовать, даже [для поражения] второстепенной точки, результатом может быть смерть. Разница только в том, через какое время наступит смерть.

Время, [через которое] наступает смерть, целиком зависит от того, как и когда была поражена жизненно-важная точка. Например, тяжелая травма может убить человека мгновенно, тогда как другие, менее концентрированные атаки, как говорят, вызывают слабоумие.

Этот странный метод может показаться фантастическим, но, хотя я никогда не видел его реального применения, я не могу отрицать его существования. В действительности до сего момента я никогда не высказывал своего мнения по этому вопросу.

Изучая этот предмет, в тайных книгах о кровеносных сосудах я обнаружил [различные] теории [строения] человеческого тела и того, как Ян и Инь влияют на него. Двенадцать органов, отвечающих за функционирование нашего организма, имеют соответствующие каналы, расположенные по всему телу. По ним проходят потоки ци, восходя и опускаясь. Описывают их как «меридианы». Вдоль каждого из этих каналов расположены особые точки, известные как «одинокые» и «парные». Каждый из наших внутренних органов регулярно, в зависимости от времени суток, имеет [период] высокой и низкой [активности] ци. Почти так же, как принципы акупунктуры используются для исцеления пациентов, вполне возможно изменить этот процесс и нарушить функцию органа поражением этих и других точек.

Возможно, что сведения об этом различаются в разных школах, [здесь я излагаю] это так, как получил сам. Я сожалею, что не могу предложить [на этот счет] более убедительного анализа.

По моему собственному опыту, самые чувствительные жизненно важные точки человеческого тела суть следующие: глаза; мечевидный отросток; центры рук; на артерии в основании подмышки; копчик; кончик одиннадцатого ребра с обеих сторон; поясничный отдел и две стороны одиннадцатого поясничного позвонка.

Рассуждая о том, какое влияние на наше тело оказывают природные явления, мы всегда должны отслеживать свой стиль жизни, чтобы быть в согласии с холодом зимы и жарой лета. Уважение к другим начинается с уважения к себе. Будь тактичен, но предусмотрителен.

Так же, как и в случае использования лечебных трав для исцеления болезней, протекающих от нарушения работы внутренних органов, можно обеспечить наилучший целебный эффект, используя предписания в соответствующий временной период активности. Используя те же принципы, можно нанести вред какому-либо внутреннему органу, воздействуя на определенные точки в периоды их активности.

36 жизненно важных точек (обозначение по английской системе меридианов)

N	Местонахождение	Обозначение	Название
1	венечный шов	GV 22	син-хуэй
2	родничок	GV 24	су-ляо
3	виски		
4	глаза		
5	уши		
6	сосцевидный отросток	TH 17	и-фэн
7	фильтрум	GV 26	жэнь-чжун
8	подбородок (ямка)	GV 24	чэн-цзян
9	шея (обе стороны)	SI 16	ин-чуан
10	горло (гортань)	ST 9	жэнь-ин
11	надгрудная ямка (впадина)	CV 22	тянь-ту
12	надключичная ямка (впадина)	ST 12	цюе-пэнь
13	задняя срединная линия	GV 16	фэн-фу
14	седьмой шейный позвонок	GV 14	да-чжуй
15	грудная кость	CV 18	юй-тан
16	мечевидный отросток	CV 15	цзю-вэй
17	подмышка	HT 1	цзи-цюань
18	четвертый грудной позвонок	BL 43	гао-хуан
19	первый поясничный позвонок	BL 51	хуан-мэнь
20	копчик	GV 1	чан-цянь
21	под пупком	CV 4	гуан-юнь
22	яички (+нерв предстательной железы)	CV 1	хуэй-инь
23	седьмое межреберное пространство	GB 24	жи-юэ
24	кончик одиннадцатого ребра	LIV 13	чжан-мэнь
25	паховая область	LIV 11	инь-лянь
26	бицепс (сбоку)	LU 3	тянь-фу
27	предплечье	LI 10	шоу-сань-ли
28	сгиб запястья	HT 5	тун-ли
29	сгиб запястья	LU 8	цзин-цюй
30	кисть (между большим и указательным пальцами)	LI 4	хэ-гу
31	кисть (между мизинцем и безымянным пальцами)	TH 4	е-мэнь
32	нижняя часть бедра	GB 31	фэн-ши
33	задняя сторона колена	BL 40	вэй-чжун
34	лодыжка (внутренняя сторона)	KD 6	да-чжун
35	лодыжка (внешняя сторона)	BL 62	шэнь-май
36	стопа (сгиб между вторым и третьим плюснефаланговыми сочленениями)	LIV 3	тай-чун

Однако, хотя в основе *каратэ* лежат, как уже отмечалось, китайские стили боя, на практике их окинавский вариант весьма отличается от оригинала. И дело даже не в том, что техника *каратэ*, попав на Окинаву, сильно видоизменилась или изменился подход к технике поражения точек. Окинавское *каратэ*, в отличие от китайских стилей боя — как внешних, так и внутренних — постепенно пришло к совершенно другому подходу в поражении противника. Причин здесь может быть сколько угодно — от засекреченности реальных знаний до элементарного нежелания углубленно изучать вопрос, который на практике проверить бывает весьма и весьма проблематично (действительно, не станешь ведь убивать партнера по тренировке каждый раз, когда необходимо усвоить технику поражения той или иной точки), в отличие от контроля точности и силы самого удара (известный метод «*тамэсивари*» — переламывания и разбивания твердых предметов). Наиболее известный девиз каратэ «*Иккэн-хиссацу!*» — «Одним ударом — убить!» зиждется не на точном знании анатомии или, тем паче, энергетической структуры человеческого тела, а на сверхнормальном развитии силы и скорости одиночного удара с определенной методикой его исполнения. Основная идея этого заключается не в том, чтобы добиться точности поражения той или иной точки, а в том, чтобы вызвать те же последствия ударом в *любую зону* человеческого организма, так как точно поразить жизненно важные точки противника в бою крайне трудно по многим причинам (яростная защита, одежда противника, телосложение и т.д.). Другими словами, *каратэ-ка* скорее поразит область, соседствующую с жизненно важной зоной, а уже мощная ударная волна захватит и поразит эту точку (из этой идеи, кстати, впоследствии были развиты так называемые «области бесконтактного поражения» на спортивных соревнованиях по каратэ: «голова», «грудь», «живот» и т.д., что, согласитесь, весьма отдаленно напоминает искусство поражения жизненно важных точек).

Современные учителя на Окинаве также не обучают своих учеников поражать жизненно важные точки, но уже по другой причине — опасаясь репрессий со стороны полиции — во всяком случае, об этом пишет автор книги «*Окинавское каратэ*» Марк Бишоп, десять лет изучавший различные стили каратэ непосредственно на Окинаве. Об уровне «секретных» знаний о точках на современной Окинаве можно судить по описанию, данному в этой книге. Эти знания любезно предоставил Бишопу Кафу Кодзэ, ведущий мастер Кодзэ-рю. Вначале несколько общих слов о точках.

«Жизненно важные точки, — сказал мне Кодзэ, — можно обнаружить кончиками пальцев. Эти точки многочисленны, но очень маленькие и болезненные при надавливании, окружающее их пространство мягкое на ощупь и слегка вдавленное».

А теперь описание самих точек:

1. Чтобы парализовать ногу, ударьте по жизненно важной точке, находящейся как раз под икроножной мышцей.

2. Обездвижьте руку на долю секунды, ударив оттопыренным большим пальцем в подмышечную впадину противника, затем нанесите удар между ребер другой рукой.

3. Ударьте по точке, расположенной в верхней части руки у основания плечевой мышцы, костяшкой кулака или ребром ладони, чтобы парализовать руку противника. Прием называется «мертвая рука».

4. Если нанести достаточно сильный удар по точке на боковой части грудной клетки по линии соска, «жертва сделает три полных оборота с распростертыми руками и упадет с пеной у рта». Даже легкий удар в это место вызовет боль в противоположной стороне грудной клетки на следующий день; поэтому будьте чрезвычайно осторожны.

5. Еще одна чрезвычайно опасная точка находится в мягкой области как раз под выступом нижней челюсти. Ее можно поразить кончиками пальцев или кончиком большого пальца ноги. Кафу Кодзё был свидетелем того, как человек чуть не умер от такого удара во время пустяковой ссоры между братьями.

6. При загибании уха вперед верхушка уха накладывается на жизненно важную точку, находящуюся на боковой части головы, что соответствует одному из мест соединения костей черепа (в Кодзё-рю череп делят на 8 частей). По этому месту можно ударить ребром ладони.

7. Если провести линию через основания лопаток, она совпадает с жизненно важной точкой на позвоночнике, и, если по ней сильно ударить, это может вызвать апатию, безразличие к окружающему и в конечном итоге смерть через два или три года. Наибольший эффект достигается при ударе пяткой, если жертва окажется, что маловероятно, лежащей на груди, с руками, раскинутыми над головой.

8. Не все жизненно важные биологически активные точки при воздействии на них так опасны, как вышеперечисленные; фактически легкий массаж большинства из них полезен для здоровья. Например, при растирании точки, находящейся у основания большого пальца руки и указательного пальца, можно облегчить зубную и головную боль.

На следующей странице, подводя краткий итог истории развития и изучения жизненно важных точек в различных системах японских единоборств, мы приводим перечень японских точек *кюсё* — как входящих в эту книгу, так и тех, которые мы не включили в нее. В основе таблицы точки из различных систем *дзюдзюцу*, а также *коси-дзюцу* и *каратэ*. Читателю, возможно, будет небезынтересно сравнить их с аналогичной таблицей китайских точек, представленной нами ранее.

Японские жизненно важные точки (кюсё)

Название	Местоположение
1	2
Тэндо	Темя, задний родничок
Тэнто	Передний родничок (лобно-теменной шов)
Тёто (уто, микэн, яманэ)	Лобно-носовая точка (пирамидальная связка)
Мэнбу	Переносица
Гансэй (хириюран)	Глазное яблоко
Сэйдон (тэнмон)	Скула
Дзинтю (кэйго, кодо, гэкусэн)	Основание носа
Ин (нин)	Угол между верхней и нижней челюстью
Цююгасуми (хадомэ)	Связки челюсти
Гэкон (асагири)	Подбородок
Сан-мин (асагири, асэгасуми)	Оконечность подбородка
Хитю (токоцу, докоцу, рюфу)	Адамово яблоко (трахея, гортань)
Уко	Боковая часть шеи
Котю (я мэн)	Основание черепа (1-й шейный позвонок)
Кэйтю	Затылок (3 и 4-й шейный позвонки)
Касуми (комэками)	Висок, точки на височной кости перед ухом и за ухом
Мими (хаппа)	Ухо
Докко (югасуми, киригасуми, сада соми)	Впадина за мочкой уха
Микацуки	Угол челюсти
Мурасамэ (мацу акэ, мацукадзэ, сёфу)	Сонная артерия (несколько точек)
Сону	Основание шеи (межключичная ямка)
Саккоцу (санто)	Ключицы
Рюмон	Над ключицей возле плеча
Дзюдзиро	Прямо на плече
Даймон	Середина плеча в месте соединения
Буцумэцу (омотэкимон)	Ребра под грудными мышцами спереди и сзади
Дантю (тюдан)	Верхняя часть грудной кости
Кинкэцу	Грудина
Кётоцу (тюдан)	Нижняя часть грудной кости
Кёсэн (суйгэцу)	Солнечное сплетение
Ганка	Сосок
Кёэй (сэй/вакицубо)	Подмышечная впадина (между 5 и 6 ребрами)
Гантю (синтю)	Сердечный нервный узел
Дэнко (инадзума, тюин, вакицубо)	Бока (печень, сердце, подвижные ребра)
Суйгэцу (сисиран/цукикагэ)	Желудочная впадина

1	2
Горин	Пять точек вокруг центра живота
Миодзё	Подчревьё
Косицубо (коз)	Внутренний гребень костей таза, складка паха
Кинтэки (косэй, судзу)	Пах и половые органы
Хитибацу (ситибацу)	Обокубедер
Сай (насай/тани)	Изнутри и снаружи бедра над коленом
Хидза кансэцу (каку)	Коленные чашечки
Кокоцу (муно сунэ)	Внутренняя поверхность голени
Рюгэ (кобура/яку)	Кость голени или лодыжка снаружи
Кори (токи)	Подъем стопы
Ути-коробуси	Внутренняя часть лодыжки
Соин (киокэй)	Основания пальцев ног
Сода	Седьмой шейный позвонок
Кацусацу (катсусатсу)	Пятый спинной позвонок
Тче лан (катсусатсу)	Седьмой спинной позвонок
Хидзо (дзиндзо, кандзо)	Почечные впадины
Цэ дзи	Двенадцатый спинной позвонок
Кодэнко	Первый и четвертый поясничные позвонки
Битэй	Копчик и боковые стороны крестцовой кости
Коинадзума (усироинадзума)	Бедра сзади (большой седалищный нерв)
Сицу кансэцу (усиро хидза кансэцу)	Подколенные впадины
Буда	Середина икроножной мышцы
Соби (цо пин)	Основание икр ног
Акирэсукэн	Ахиллово сухожилие
Дзяккин (яку кин)	В верхней части руки между костью и мышцей
Вансюн (вакибоси)	Середина трехглавой мышцы плеча
Хосидзава (хоси сото/ути)	Чуть выше локтевого сустава снаружи
Удэкансэцу	Область под локтем
Котэцубо (нагарэ)	Лучевой (радиальный) нерв
Утиякудзава (миякудокоро)	У сгиба запястья изнутри
Сотоякудзава	У сгиба запястья снаружи
Котэ (нагарэ)	Предплечье
Юбицубо	Основание большого пальца
Юбикансэцу	Суставы пальцев руки
Гококу	Точка в ямке между большим и указательным пальцем
Хайсю	Внешняя (пястная) сторона кисти руки

КРАТКИЕ СВЕДЕНИЯ ПО АНАТОМИИ И ФИЗИОЛОГИИ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ТЕЛА

Для лучшего понимания изложенного ниже материала необходимо ознакомиться с элементарными основами анатомии и физиологии человека.

Человеческий организм состоит из бесчисленного количества клеток, в которых происходят те или иные жизненные процессы. Клетки в сочетании с межклеточным веществом образуют различные виды тканей: покровную (кожа, слизистые оболочки); соединительную (хрящи, кости, связки); мышечную; нервную (головной и спинной мозг, нервы, соединяющие центр с органами); кровь.

Различные ткани, соединяясь между собой, образуют органы, которые, в свою очередь, объединенные единой функцией и связанные в своем развитии, образуют систему органов.

Все системы органов взаимосвязаны и объединены в единое целое — организм.

В организме человека выделяют следующие системы органов:

1) двигательная система; 2) пищеварительная система; 3) дыхательная система; 4) выделительная система; 5) половая система; 6) кровеносная система; 7) лимфатическая система; 8) система органов чувств; 9) система органов внутренней секреции; 10) нервная система.

Наибольший интерес с точки зрения поражения жизненно важных точек представляют двигательная и нервная системы.

ДВИГАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

Двигательная система человека состоит из двух частей:

- пассивной или опорной;
- активной или двигательного аппарата.

Опорная часть называется так потому, что она сама по себе не может изменять положение частей и всего тела в пространстве. Она состоит из целого ряда костей, взаимно связанных связочным аппаратом и мышцами. Эта система служит опорой телу.

Кости скелета построены из крепкой костной ткани, состоящей из органических веществ и солей, главным образом из извести; снаружи покрыты надкостницей, через которую проходят кровеносные сосуды, питающие кость.

По форме кости бывают: длинные, короткие, плоские и смешанные. Рассмотрим подробнее опорную часть двигательного аппарата. Скелет туловища состоит из позвоночника, грудной клетки, костей плечевого пояса и костей тазового пояса.

Основой скелета туловища является позвоночник. Его шейный отдел состоит из 7 позвонков, грудной — из 12 позвонков, поясничный — из 5 позвонков, копчик — из 4-5 позвонков. Имеющиеся в позвонках

отверстия образуют в позвоночнике канал. В нем находится спинной мозг, являющийся продолжением головного мозга.

Подвижной частью позвоночника является его шейный и поясничный отдел. В позвоночнике имеется 4 изгиба: вперед — в шейной и поясничной частях и назад — в грудной и крестцовой части. Эти изгибы вместе с лежащими между позвонками хрящевыми дисками служат амортизирующим средством при толчках, беге, прыжках и т.д.

В грудной клетке находятся легкие, дыхательные пути, сердце, кровеносные сосуды и пищевод.

Грудная клетка образована грудными позвонками, двенадцатью парами ребер и грудной костью. Последние два ряда ребер имеют только одно прикрепление, а передние их концы свободны.

Благодаря особой форме суставов между ребрами и позвонками, грудная клетка может изменять свой объем при дыхании: расширяться при поднимании ребер кверху и сужаться при опускании книзу. Расширение и уменьшение объема грудной клетки происходит благодаря действию так называемых дыхательных мышц, прикрепленных к ребрам. Подвижность грудной клетки в значительной мере определяет работоспособность органов дыхания и особенно важна при усиленной мышечной работе, когда необходимо глубокое дыхание.

Скелет плечевого пояса состоит из ключиц и лопаток. Ключица одним своим концом соединена малоподвижным суставом с грудной костью, а другим прикреплена к отростку лопатки. Лопатка — плоская кость — свободно лежит сзади на ребрах, точнее на мышцах, и, в свою очередь, также покрыта мышцами.

К лопатке прикрепляется ряд крупных мышц спины, которые при своем сокращении закрепляют лопатку, создавая в нужных случаях полную неподвижность при сопротивлении. Отросток лопатки образует с шарообразной головкой плечевой кости плечевой сустав.

Благодаря подвижному соединению ключицы с грудной костью, подвижности лопатки и устройству плечевого сустава, рука имеет возможность производить самые разнообразные движения.

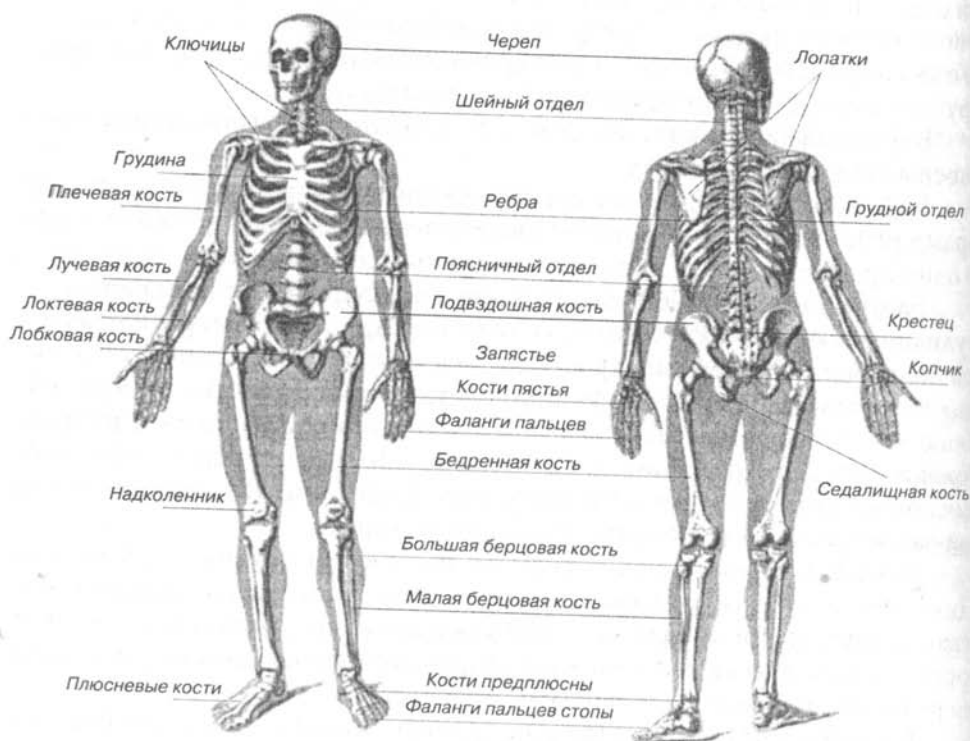
Таз образован крестцом и двумя безымянными костями. Кости таза плотно соединены между собой и позвоночником, так как таз служит опорой для всех вышележащих частей тела. Для головок бедренных костей нижних конечностей на боковых поверхностях безымянных костей имеются суставные впадины.

Каждая кость занимает в теле человека определенное место и всегда находится в непосредственной связи с другими костями, тесно прилегая к одной или нескольким костям. Различают два основных вида соединения костей:

— непрерывные соединения (синертрозы) — когда кости связаны между собой с помощью прокладки между ними из соединительной (хрящевой, др.) ткани;

— прерывные соединения (диартрозы) или суставы.

СКЕЛЕТ ЧЕЛОВЕКА



Основные кости тела:

Кости торса: 80 костей.

Череп: 29 костей.

Кости туловища: 51 кость.

Грудина: 1 кость.

Позвоночник: 1. Шейный отдел — 7 костей. 2. Грудной отдел — 12 костей. 3. Поясничный отдел — 5 костей. 4. Крестец — 1 кость. 5. Копчик — 4-5 костей.

Кости верхних конечностей (всего 64 шт.): 1. Ключица — 1 пара. 2. Лопатка — 1 пара. 3. Плечевая кость — 1 пара. 4. Лучевая кость — 1 пара. 5. Локтевая кость — 1 пара. 6. Кости запястья — 2 группы по 8 шт. 7. Кости кисти — 2 группы по 5 шт. 8. Кости пальцев — 2 группы по 14 шт.

Кости нижних конечностей (всего 62 шт.): 1. Подвздошная кость — 1 пара. 2. Бедренная кость — 1 пара. 3. Надколенник — 1 пара. 4. Малая берцовая кость — 1 пара. 5. Кости предплюсны — 2 группы по 7 шт. 6. Плюсовые кости — 2 группы по 5 шт. 7. Кости пальцев ног — 2 группы по 14 шт.

Суставы являются достаточно подвижными и поэтому на них в боевых искусствах обращают особое внимание.

Связки стабилизируют суставы и ограничивают их движение. Применяя ту или иную технику болевого характера, вращают суставы против их естественного движения; при этом, в первую очередь, страдают связки. Если сустав выкручен до предела и на него продолжают оказывать воздействие, страдает весь сустав. Суставные поверхности костей по форме можно сравнить с отрезками различных геометрических тел. В соответствии с этим суставы подразделяют на шаровидные, эллипсоидные, цилиндрические, блоковидные, седловидные и плоские. Форма суставных поверхностей составляет объем и направление движений, которые совершаются вокруг трех осей. Вокруг фронтальной оси производится сгибание и разгибание. Вокруг сагиттальной оси происходят отведение и приведение. Вокруг вертикальной оси производится вращение. При этом вращение внутрь называется пронацией, а вращение наружу — супинацией. В шаровидных эллипсоидных суставах конечностей возможно также периферическое вращение — движение, при котором конечность или ее часть описывает конус. В зависимости от числа осей, вокруг которых возможны движения, суставы делятся на одноосные, двухосные и трехосные (многоосные). К одноосным суставам относятся цилиндрические и блоковидные. К двухосным — эллипсоидные и седловидные. К трехосным (многоосным) относятся шаровидные и плоские суставы.

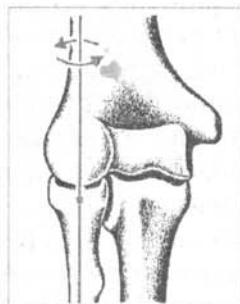
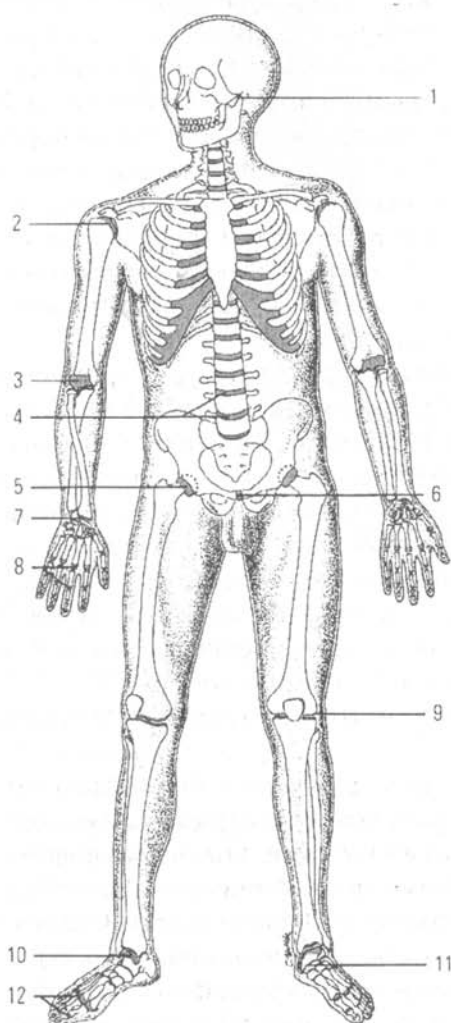
Скелет руки делится на три части: плечо, предплечье, образованное двумя костями — локтевой и лучевой, и кисть, образованную 8 мелкими костями запястья, 5 пястными костями и 14 костями (фалангами) пальцев. Соединение плеча с костью лопатки и ключицы называется плечевым суставом. В нем возможны движения вперед, назад, вниз и вверх. Соединение плеча с предплечьем образует локтевой сустав. В локтевом суставе, в основном, происходит два движения: разгибание и сгибание руки. Благодаря особому устройству локтевого сустава возможны повороты лучевой кости, а вместе с ней и кисти наружу и внутрь. Соединение костей между предплечьем и кистью называется лучезапястным суставом.

Кости скелета нижних конечностей состоят из трех частей: бедра, голени и стопы.

Соединение бедренной кости с тазом называется тазобедренным суставом. Он укреплен крепкими связками, которые ограничивают движение ноги назад. Голень образована двумя костями: большеберцовой и малоберцовой. Соприкасаясь своим верхним концом с нижним концом бедренной кости, большеберцовая кость образует коленный сустав. Спереди коленного сустава находится отдельная кость — коленная чашечка, которая укреплена сухожилием четырехглавой мышцы бедра. В коленном суставе могут производиться сгибания и разгибания ноги. Поэтому при резком проведении приемов на ногах (в особенности в коленном суставе): ударов, бокового или вращательного движения или чрезмерного разгиба-

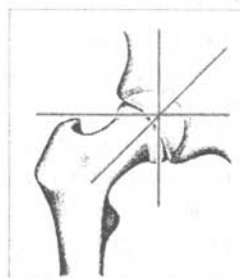
ния/сгибания (дожима) возможны серьезные повреждения. Стопа состоит из трех частей: предплюсны, состоящей из 7 костей, плюсны — из 5 костей и 14 пальцевых костей (фаланг). Кости стопы соединены связками и образуют свод стопы, который играет роль амортизатора при толчке или прыжках. Соединение голени со стопой называется голеностопным суставом. Основным движением в данном суставе является разгибание и сгибание стопы. В голеностопном суставе при резко проводимых приемах часто бывают травмы (растяжение, разрыв связок и т.д.).

СУСТАВЫ И СОЧЛЕНЕНИЯ КОСТЕЙ ЧЕЛОВЕКА



Локтевой сустав
(приближено)

1. Связки верхней и нижней челюсти.
2. Плечевой сустав.
3. Локтевой сустав.
4. Межпозвоночные соединения.
5. Тазобедренный сустав.
6. Лобковое сочленение.
7. Лучезапястный сустав.
8. Суставы пальцев рук.
9. Коленный сустав.
10. Голеностопный сустав.
11. Суставы пальцев ног.
12. Предплюсневые сочленения.



Тазобедренный
сустав
(приближено)

Мышцы — активная часть двигательного аппарата человека. Мускулатура скелета состоит из большого числа отдельных мышц. Мышечная ткань, состоящая из мышечных волокон, обладает свойством сокращаться (укорачиваться по длине) под влиянием раздражения, приводимого к мышцам от мозга по нервам. Мышцы, имея прикрепления своими концами к костям, чаще с помощью соединительных тяжей — сухожилий, при своем сокращении сгибают, разгибают и вращают эти кости. Таким образом, сокращения мышц и образующаяся при этом мышечная тяга являются силой, приводящей в движение части нашего тела.

В грудной части большая грудная мышца начинается от грудины и ключиц широким основанием и крепится другим, узким концом к плечевой кости верхней конечности. Малая грудная мышца прикрепляется к отростку лопатки вверху и к верхним ребрам внизу. Межреберные мышцы — наружные и внутренние, находящиеся между ребрами и в межреберных пространствах.

Мышцы живота состоят из нескольких слоев. Наружный слой составляют прямые мышцы живота, широкой лентой лежащие впереди и прикрепленные наверху к ребрам, а внизу — к лобковому соединению таза.

Следующие два слоя образуются косыми мышцами живота — наружными и внутренними. Все подготовительные упражнения, связанные с наклоном туловища вперед, в сторону и с вращением его, ведут к укреплению брюшного пресса.

Мышцы спины расположены в несколько слоев. К мышцам первого слоя относятся трапецевидные и широкие спины. Сильная трапецевидная мышца расположена в верхней части спины и на шее. Прикрепляясь к затылочной кости черепа, она направляется к лопатке и к ключице, где находит свое второе прикрепление.

Трапецевидная мышца при своем сокращении откидывает голову назад, сводит лопатки и, подтягивая кверху наружный край ключицы и лопатку, поднимает руку выше уровня плеча.

Широкая мышца занимает значительную часть всей спины. Покрывая ее, она начинается от крестца, поясничных и половины грудных позвонков, прикрепляется к плечевой кости. Широкая мышца спины тянет руку назад и, совместно с большой грудной мышцей, приводит ее к туловищу.

Например, если вы захватили у противника руку, то обычно он ее старается вырвать путем резкого сгибания руки в локтевом суставе и приведением плечевой кости к туловищу. При приведении плечевой кости к туловищу большую роль играет широкая мышца спины и большая грудная мышца.

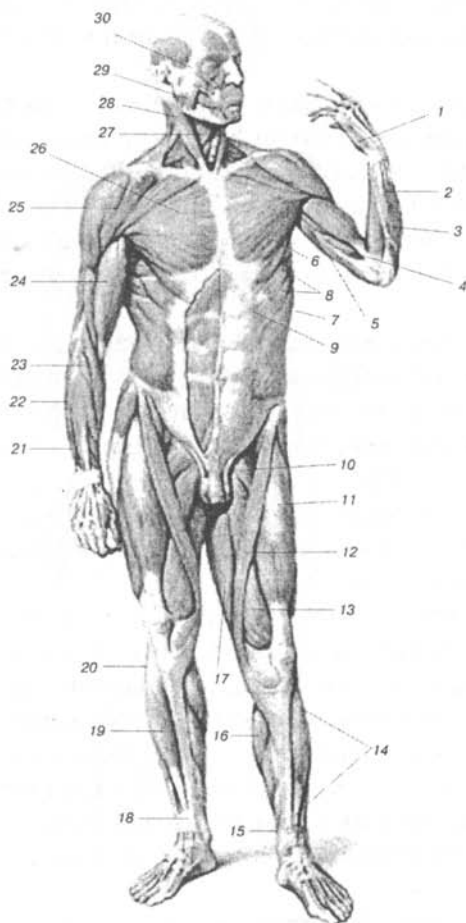
Мышцы, несущие работу разгибателей туловища, находятся в глубоком слое мышц спины. Этот глубокий слой начинается от крестца и прикрепляется ко всем позвонкам и ребрам. Эти мышцы при работе обладают большой силой. От них зависит выправка человека, равновесие тела, поднятие тяжестей и умение удерживать его в нужном положении.

Мускулатура верхней конечности состоит в большей своей части из длинных мышц, перекинутых через плечевую, локтевую и лучезапястные суставы.

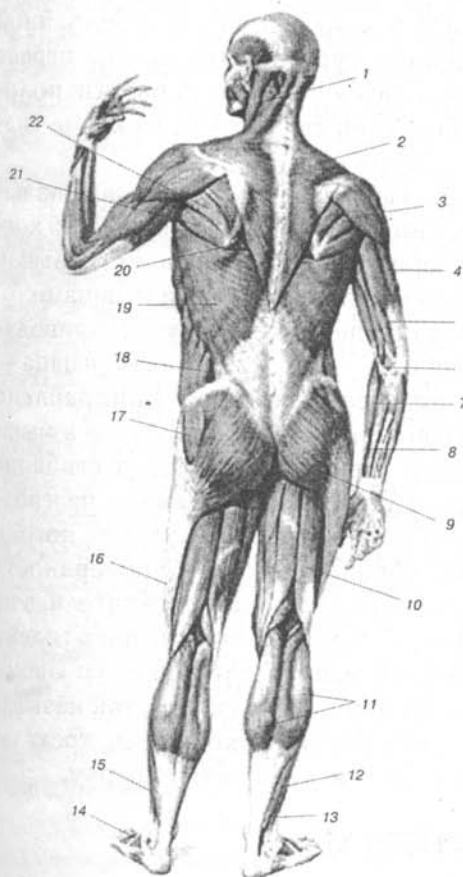
Плечевой сустав покрывает дельтовидная мышца. Она прикрепляется, с одной стороны, к ключице и лопатке, с другой стороны — к плечевой кости. Дельтовидная мышца отводит руку от туловища до уровня плеча и частично участвует в отведении вперед и в отведении руки назад.

МЫШЦЫ ЧЕЛОВЕКА

Мышцы человека: вид спереди



1. Длинная ладонная мышца. 2. Поверхностный сгибатель пальцев. 3. Локтевой сгибатель кисти. 4. Трехглавая мышца плеча. 5. Клювовидно-плечевая мышца. 6. Большая круглая мышца. 7. Широкая мышца спины. 8. Передняя зубчатая мышца. 9. Наружная косая мышца живота. 10. Подвздошно-поясничная мышца. 11, 13. Четырехглавая мышца. 12. Портняжная мышца. 14. Передняя большеберцовая мышца. 15. Ахиллово сухожилие. 16. Икроножная мышца. 17. Стройная мышца. 18. Верхний удерживатель сухожилий разгибателей. 19. Передняя большеберцовая мышца. 20. Малоберцовые мышцы. 21. Плечелучевая мышца. 22. Длинный лучевой разгибатель кисти. 23. Разгибатель пальцев. 24. Двуглавая мышца плеча. 25. Дельтовидная мышца. 26. Большая грудная мышца. 27. Грудно-подъязычная мышца. 28. Грудно-ключично-сосцевидная мышца. 29. Жевательная мышца. 30. Круговая мышца глаза.



Мышцы человека: вид сзади

1. Грудино-ключично-сосцевидная мышца.
2. Трапециевидная мышца.
3. Дельтовидная мышца.
4. Трехглавая мышца плеча.
5. Двуглавая мышца плеча.
6. Лучевой сгибатель кисти.
7. Плечелучевая мышца.
8. Апоневроз двуглавой мышцы плеча.
9. Большая ягодичная мышца.
10. Двуглавая мышца бедра.
11. Икроножная мышца.
12. Камбаловидная мышца.
- 13, 15. Длинная малоберцовая мышца.
14. Сухожилие длинного разгибателя пальца.
16. Подвздошно-большеберцовый тракт (часть широкой фасции бедра).
17. Мышца, напрягающая широкую фасцию бедра.
18. Наружная косая мышца живота.
19. Широкая мышца спины.
20. Ромбовидная мышца.
21. Большая круглая мышца.
22. Подосная мышца.

Двуглавая мышца руки (бицепс), находясь на передней поверхности плечевой кости, производит, главным образом, сгибание руки в локтевом суставе.

Трехглавая мышца (трицепс), находясь на задней поверхности плечевой кости, производит, в основном, разгибание руки в локтевом суставе.

Сгибатели кисти и пальцев расположены на предплечье спереди. На задней поверхности предплечья расположены разгибатели кисти и пальцев.

Мышцы, вращающие предплечье вовнутрь (пронация), находятся на передней его поверхности, мышцы вращающие предплечье наружу (супинация), расположены на задней поверхности.

Мышцы нижних конечностей обладают большей массивностью и силой, чем мышцы верхних конечностей. Начиная от поясничных позвонков внутренней поверхности безымянной кости, поясничная мышца перекидывается спереди через кости таза и прикрепляется к бедренной кости. Она сгибает бедро в тазобедренном суставе. Эта мышца играет роль при подножках, так как ноге приходится принимать разные положения сгибания. Одним из элементов сгибания является положение «перенос», где нога поднимается вперед и вверх.

Разгибанием бедра назад ведает большая ягодичная мышца. Она начинается от костей таза и прикрепляется нижним концом к бедренной кости сзади. Мышцы, отводящие бедро в сторону, расположены под большой ягодичной мышцей и называются средней и малой ягодичной мышцами.

На внутренней поверхности бедра расположена группа приводящих мышц. Самая сильная из всех мышц ноги — четырехглавая мышца — располагается на бедре спереди, ее нижнее сухожилие прикреплено к большеберцовой кости, то есть ниже коленного сустава. Данная мышца совместно с подвздошно-поясничной мышцей производит сгибание (поднимание) бедра ноги вперед-вверх. Главное ее действие — разгибание ноги в коленном суставе (большую роль играет при ударах ногой). Сгибатели ноги расположены, главным образом, на задней поверхности бедра. На передней поверхности голени расположены разгибатели, а на задней поверхности — сгибатели стопы. Самой сильной мышцей голени является трехглавая мышца (икроножная мышца или «икра»). Своим нижним концом эта мышца прикрепляется прочным тяжем, так называемым ахилловым сухожилием, к пяточной кости. Сокращаясь, трехглавая мышца производит сгибание стопы, подтягивая пятку кверху.

НЕРВНАЯ СИСТЕМА

Головной и спинной мозг образуют так называемую нервную систему. Посредством органов чувств она воспринимает все впечатления из внешнего мира и побуждает мышцы производить те или иные движения. Головной мозг служит органом мышления и обладает способностью направлять произвольные движения (высшая нервная деятельность). Спинной мозг заведует непроизвольными и автоматическими движениями.

В виде белых шнуров, нервы, выходящие из головного и спинного мозга, разветвляются, подобно кровеносным сосудам, по всему телу. Эти нити связывают центры с нервными концевыми аппаратами, заложенными в различных тканях: в коже, мышцах и в различных органах. Большая часть нервов — смешанные, т.е. состоят из чувствующих и двигательных волокон. Первые воспринимают впечатления и направляют их к центральной нервной системе, вторые передают импульсы, исходящие из центральной нервной системы к мышцам, органам и т.д., тем самым заставляя их сокращаться и действовать.

Одновременно нервная система, имея связь с внешним миром, также устанавливает связь и с внутренними органами и поддерживает их согласованную работу. В связи с этим разберем понятие о рефлексе.

Для движения тех или иных частей тела необходимо участие очень многих мышц. При этом не только определенные мышцы участвуют в движении, но каждая мышца должна развить лишь строго определенную силу движения. Всем этим ведаёт центральная нервная система. Прежде всего от нее по двигательным нервам к мышцам всегда идут ответы на раздражение (рефлекс), а по чувствительным — в головной и спинной мозг. Поэтому мышцы даже в спокойном состоянии находятся в некотором напряжении.

Если к какой-либо мышце, например, к сгибателю посылается приказание согнуть сустав — одновременно посылается раздражение и к антагонисту (противоположно действующей мышце) — разгибателю, но уже не возбуждающего, а тормозящего характера. В результате чего сгибатель сокращается и разгибатель расслабляется. Это все обеспечивает согласованность (координацию) движения мышц.

Для практического изучения искусства поражения жизненно важных точек особенно хорошо следует изучить нервы центральной нервной системы, их корни в теле и места, где они ближе всего располагаются к поверхности кожи¹. Эти места и подвергаются сдавливаниям и ударам. При попадании в нервное окончание человек ощущает как бы электрический удар и теряет способность защищаться.

Существует разделение на нервы кожи, мышц, суставов — с одной стороны, и нервы, регулирующие внутренние органы, кровеносную систему и железы — с другой стороны.

Основных нервных двигательных сплетений существует четыре: шейное сплетение; плечевое сплетение; поясничное сплетение; крестцовое сплетение.

Из плечевого сплетения берут свое начало нервы, отвечающие за подвижность верхних конечностей. При их поражении возникает временный или необратимый паралич рук. К наиболее важным из них относятся лучевой нерв, срединный нерв и локтевой нерв.

Из крестцового сплетения выходят нервы, отвечающие за движение нижних конечностей. К ним относятся бедренный нерв, седалищный нерв, поверхностный малоберцовый нерв, подкожный нерв голени.

Все двигательные нервы обычно повторяют контуры костей и образуют узел с кровеносными сосудами. Эти двигательные нервы обычно проходят глубоко внутри мышц и, следовательно, хорошо защищены от внешних воздействий. Тем не менее, они проходят через суставы и в некоторых случаях даже выходят на поверхность (под кожу). Именно в эти относительно незащищенные места следует наносить удары.

¹ По мере описания жизненно важных точек нами будут достаточно подробно рассмотрены практически все основные нервы, поэтому здесь мы не приводим их схематического изображения.

СПОСОБЫ ПОРАЖЕНИЯ ЖИЗНЕННО ВАЖНЫХ ТОЧЕК НА ТЕЛЕ ЧЕЛОВЕКА

Как уже отмечалось во введении, классификации жизненно важных точек на теле человека достаточно разнообразны. При этом топография зон, принадлежащих к той или иной классификационной группе, на теле человека зачастую идентична, а вот результаты от различного поражения могут как совпадать, так и довольно сильно отличаться.

Примером совпадения топографии и последствий от поражения может служить ряд точек вокруг локтевого сустава (здесь не идет речь об энергетических точках и соответственных методах поражения). В этой области анатомически присутствуют: собственно сустав, созданный сочленением плечевой, локтевой и лучевой костей, локтевой и лучевой нервы, проходящие в этом месте практически на поверхности, а также различные мышцы, часть из которых переброшены через сустав (не говоря уже о крупных кровеносных сосудах). Исходя из этого, мы можем воздействовать на сустав, выкручивая его, перегибая и т.д., атаковать нервы ударом или нажатием или сжимать и скручивать мышцы. Последствия от подавляющего большинства из перечисленных выше технических действий идентичны — рука будет обездвижена (перелом сустава, растяжение мышц, краткий паралич и т.д.).

А вот захват и удар, проведенные в области косых мышц живота, будут очень сильно отличаться. При захвате за мышцу противник ощутит резкую боль, возможно, нестерпимую — но если захват отпустить, боль почти сразу прекратится и никаких серьезных последствий (если не считать серьезным последствием обычный «синяк») не наступит. Однако, если в ту же область нанести удар с достаточной силой и под правильным углом — противника можно будет не только сильно покалечить, но и практически сразу убить (что, возможно, например, при разрыве селезенки).

Отсюда следует логичный вывод, что отличие следует искать не сколько в самих точках, сколько в методах их поражения, о чем мы и хотим сказать несколько слов, прежде чем перейдем к описанию жизненно важных точек, представленных в нашей книге. После анализа, проведенного автором в целях изучения методов воздействия на точки в различных системах единоборств, возник небольшой список, который достаточно полно отражает весь спектр воздействий, которым можно подвергнуть жизненно важные точки на теле человека. Эти методы следующие:

- сжатие (зажим);
- скручивание (выкручивание);
- сдавливание (передавливание);
- надавливание (вдавливание);
- удар (перебивание).

Все методы могут быть использованы как по отдельности, так и в комбинации — в любой из ниже представленных группах техник.

ВОЗДЕЙСТВИЕ НА КОСТИ И СУСТАВЫ

Сильный удар по кости способен разрушить (сломать) ее, что само по себе ведет к частичному обездвиживанию части тела, где расположена та или иная кость. Резкая шокирующая боль возникает из-за повреждения нервов, пролегающих почти вплотную к кости, которую ломают. Поэтому, если хотят обездвижить руку или ногу, прежде всего стремятся сломать ту или иную кость в соответствующей конечности при помощи резкого и сильного удара под правильным углом, так как это позволяет достичь порой максимально возможного эффекта при минимальной затрате сил.

Кроме этого, на кости ударом можно воздействовать и с другой целью — чтобы повредить осколками сломанной кости или хряща близлежащие органы, нервы или кровеносные сосуды. Так, например, перелом ребра вызывает сильную боль, но гораздо более серьезные последствия могут наступить, если осколки ребра пронзят легкое и кровь начнет поступать в его полости. В этом случае наступает гемоторакс и человек медленно и мучительно умирает от удушья.

На суставы воздействуют с целью нарушения их физиологического функционирования. Если сустав заблокирован или поврежден, он не может двигаться. По сравнению с переломом кости это более щадящий метод, так как совсем не обязательно полностью разрушать сустав, чтобы подчинить противника своей воле. Дело в том, что при воздействии на сустав страдают также прилежащие связки, мышцы и нервы, что приводит к сильной боли. Все это делает противника неспособным к дальнейшему сопротивлению. Следует отметить, что техники, относящиеся к данному типу, могут быть применены только к подвижным суставам человеческого тела.

ВОЗДЕЙСТВИЕ НА МЫШЦЫ

На мышцы чаще всего воздействуют захватом, нажатием или выкручиванием, но возможно и ударное поражение той или иной мышцы. Любое воздействие на мышцу строится на общих для всех методов принципах. Как известно, каждая мышца служит для сгибания или разгибания конечностей, поворота головы и т.д., любое движение сопровождается сокращением мышц. Разгибание или сгибание зависит от расположения мышцы. Хорошим примером могут служить бицепс и трицепс. Здесь одна мышца отвечает за сгибание, а другая — за разгибание руки в локтевом суставе. Если любая из этих мышц захвачена или сжата в определенном чувствительном месте, они вынужденно становятся в неестественное положение, которое возбуждает нервы, вызывая сильную боль и местный паралич.

Под выкручиванием мышц подразумевается вытягивание и выворачивание определенных групп мышц. Когда мышца вытягивается и за-

ворачивается, она временно теряет способность функционировать. Движение части тела, за которое отвечает мышца, может быть затруднено или вообще невозможно. К тому же, во время данного воздействия нервы передавливаются, что является причиной возникновения сильной боли.

Техники захвата и нажатия на мышцы не требуют особой точности, так как целью является определенная зона, а не точка. Чтобы эффективно воздействовать на мышцы, достаточно применить адекватное внешнее воздействие в виде надавливания, выкручивания или удара.

ВОЗДЕЙСТВИЕ НА ОРГАНЫ ДЫХАНИЯ И КРОВООБРАЩЕНИЯ

Воздействие на органы дыхания можно осуществлять тремя основными способами: пережатием, сдавливанием или перебиванием дыхательного горла, сдавливанием диафрагмы или ударом в нее и воздействием ударом или нажатием на чувствительные точки т.н. «дыхательных» мышц, отвечающих за расширение и сжатие ребер. Чтобы сжать легкие, нужно иметь достаточно глубокие знания о нервах, охватывающих большой массив мышц, охватывающих легкие. Воздействуя на эти нервы, можно заставить мышцы сокращаться с такой силой, что противник потеряет сознание от боли и в результате нехватки кислорода.

Наиболее доступными для давления областями с целью перекрытия кровеносных сосудов являются точки, расположенные на и вблизи сонной артерии и яремной вены. В результате перекрытия данных крупнейших сосудов кровь перестает поступать в мозг, что приводит к потере сознания и смерти. Кроме этого, правильно нанесенный удар в область сердца, печени, селезенки, почек или брюшной аорты также приводит к очень тяжелому поражению кровеносной системы организма, зачастую со смертельным исходом.

ВОЗДЕЙСТВИЕ НА НЕРВЫ И ВНУТРЕННИЕ ОРГАНЫ

Основными областями, где расположены точки для поражения нервов, можно считать: нервные соединения; незащищенные нервы; нервные впадины.

Кроме того, существует немало важных точек, относящихся как к центральной, так и вегетативной нервной системе, которые крайне важны для поражения внутренних органов противника.

К нервным соединениям обычно относят точки, расположенные в местах, где нервы пересекают суставы. Такие места, как колени, запястья, пальцы, локти, лодыжки, не защищены мышцами. Скручивание легко вызовет боль и повреждение. Другие места, где нервы близко расположены к поверхности кожи, также могут быть атакованы.

Например, в локтевом суставе локтевой нерв расположен близко к поверхности и не защищен мышцами. Если локоть согнуть под опреде-

ленным углом, обнажив нерв, достаточно несильного удара или сжатия данной области, чтобы рука онемела и потеряла чувствительность.

Другой пример. Если несильно ударить противника по внешней стороне коленной чашечки, это приведет к повреждению малоберцового нерва. В результате его нога онемееет, и он временно не сможет ею пользоваться. Слабый удар приводит к временной потере дееспособности, сильный может искалечить.

Некоторые суставы, такие как локти, колени, плечи и бедра, также имеют нервы, которые проходят внутри сустава или защищены толстым слоем мышц. Тем не менее, другие нервы в тех же местах — такие как нервы подмышки или брюшной полости — прикрыты лишь тонкой тканью. В зависимости от силы атаки в эти области можно либо временно нейтрализовать противника, либо сделать его калекой, либо убить.

Хотя нервы головы, шеи и торса находятся зачастую глубоко внутри и хорошо защищены, есть особые точки, которые можно атаковать. В любой впадине на теле человека можно атаковать нервы с большой эффективностью. Впадиной называется выемка на теле, где покрывающая ткань — мягкая. Например, выемки над и под ключицей, где расположено много нервов, контролирующих движение руки. Также можно привести пример впадины за ухом или за нижней челюстью. Здесь располагается множество нервов мозга, эти места могут быть эффективно атакованы, вызывая у противника, боль, онемение и временную потерю сознания.

На шее и спине находится множество уязвимых для атак точек. Эти точки непосредственно связаны с центральной нервной системой, поэтому воздействие на них почти всегда приводит к смерти.

Активные воздействия на нервы вегетативной нервной системы также могут привести к летальному исходу. Это возможно в связи с тем, что вегетативная нервная система отвечает за функции внутренних органов. Удары в область печени, селезенки, желудка, сердца могут быть смертельными, если нанесены с надлежащей силой и под правильным углом. Удар в солнечное сплетение вызывает боль и спазм мышц живота, а также проблемы с дыханием. Противник вряд ли сможет оказать сколь-нибудь эффективное противодействие после подобного воздействия.

На следующей странице мы приводим список точек, описание которых приведено в нашей книге. Поскольку большинство этих точек взято из Гёкко-рю, все названия точек даны по-японски (в скобках приведен их перевод).

Каждой точке мы постарались уделить достаточно внимания, указывая не только ее месторасположение, направление удара и возможные последствия поражения, но и соответствующие анатомические данные о нервах, мышцах или внутренних органах, на поражение которых направлено воздействие. Полагаем, что эти данные не будут лишними и читатель уделит им при чтении книги достаточно внимания.

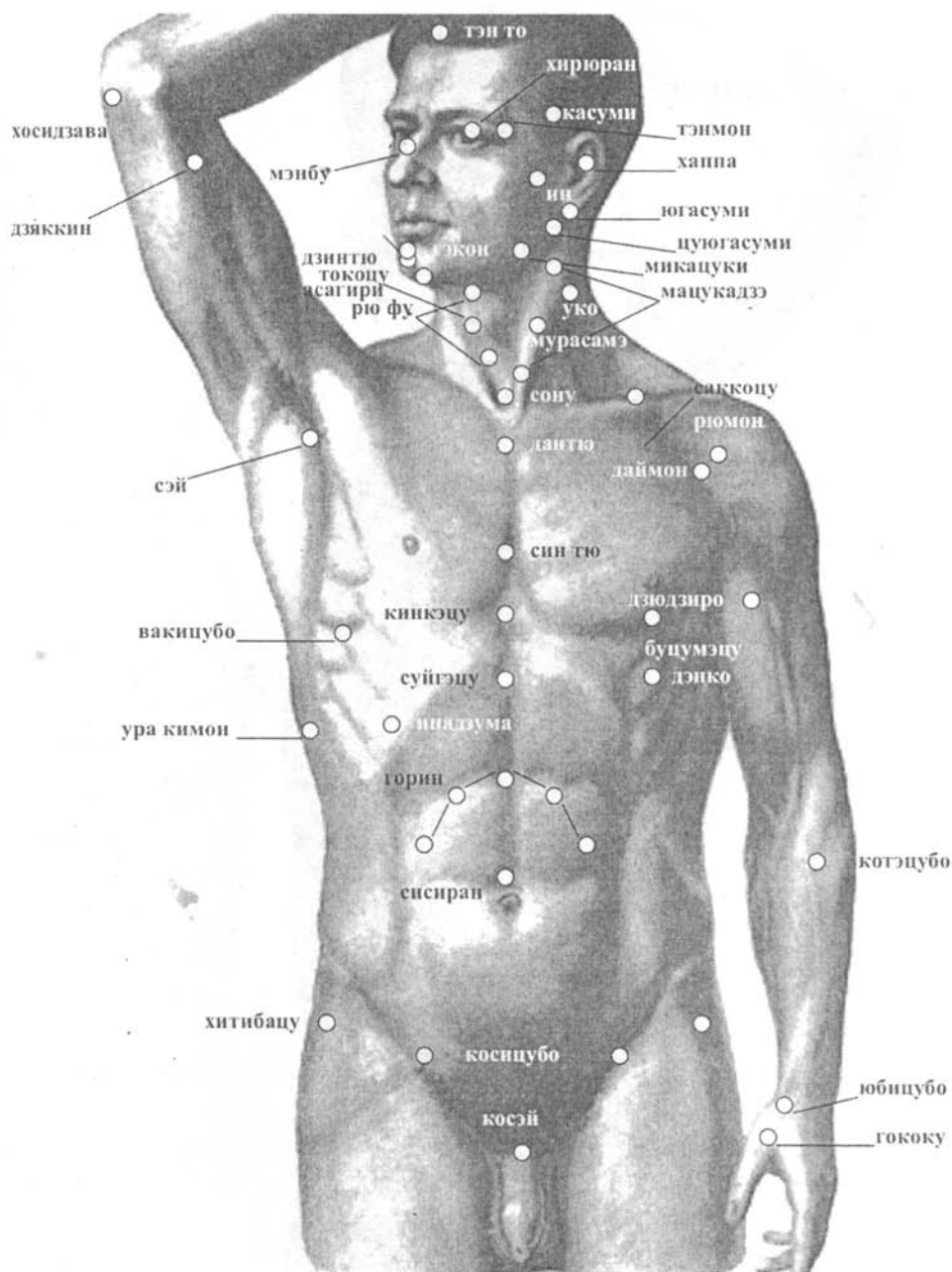
СПИСОК ТОЧЕК, РАССМАТРИВАЕМЫХ В КНИГЕ

1. 天頭 - *Тэн то*, 天道 - *Тэн до* (Верх головы) — темя и сочленение лобной и височных долей черепа.
2. 夜面 - *Я мэн* (Стрела, поражающая голову) — основание затылка.
3. 霞 - *Касуми* (Мгла, туман) — висок.
4. 人中 - *Дзинтю* (Центр человека) — основание носа и кончик носа.
5. 面部 - *Мэнбу* (Лицо) — переносица.
6. 禁 - *Ин* (Тень) — угол между верхней и нижней челюстью.
7. 八葉 - *Ханпа* (Восемь путей уйти) — хлопок по уху.
8. 夕霞 - *Югасуми*, (Вечерний туман) — мягкое место под ухом.
9. 飛龍乱 - *Хирюран* (Летающий дракон поражен) — глаза.
10. 天門 - *Тэнмон* (Небесные врата) — выступающий край скуловой кости возле глазной впадины.
11. 齒止 - *Цуюгасуми* (Мгла рассеивается) — связки челюсти.
12. 三日月 - *Микацуки* (Челюсть) — боковая часть нижней челюсти слева и справа.
13. 朝霞 - *Асагасуми*, *Асагири* (Утренний туман) — нижний край подбородка.
14. 雨戸 - *Уко* (Дверь в дождь) — бок шеи.
15. 形中 - *Кэйтю* (Середина шеи) — задняя сторона шеи.
16. 松風 - *Мацукадзэ* (Ветер в соснах) — верхний и нижний конец сонной артерии.
17. 村雨 - *Мурасамэ* (Дождь в деревне) — посередине сонной артерии.
18. 独骨 - *Токоцу* (Независимая кость) — адамово яблоко.
19. 高風 - *Рю фу* (Дыхание ивы) — выше и ниже адамова яблока.
20. 想縫 - *Сону* (Трахея) — межключичная ямка.
21. 鎖骨 - *Саккоцу* (Ключица) — ключица.
22. 龍門 - *Рюмон* (Врата дракона) — над ключицей возле плеча.

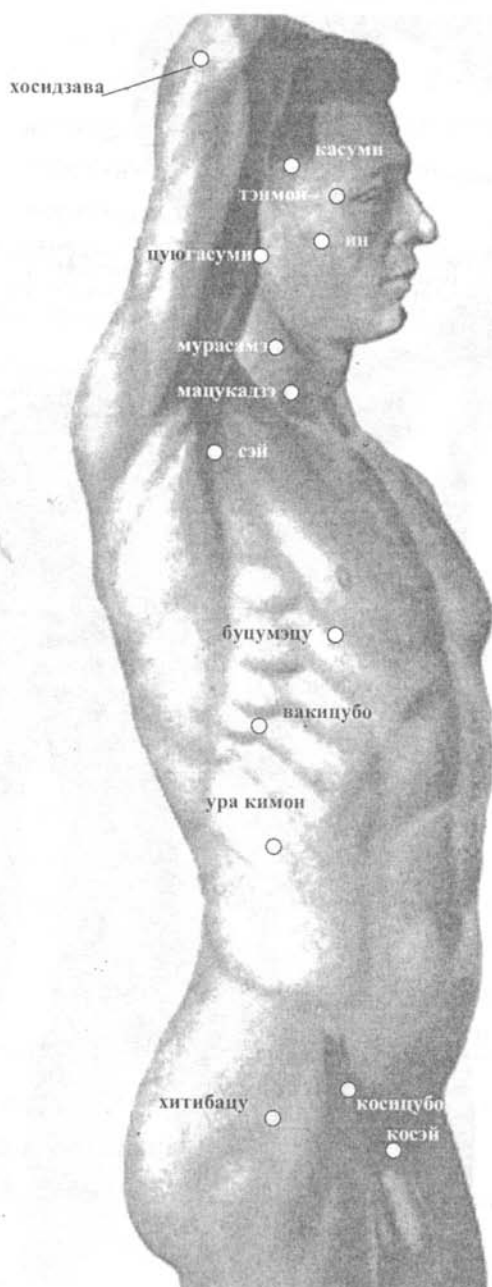
23. 段中 – *Дантю* (Центр груди) — верхняя часть грудной кости.
24. 粗大 – *Сода* (Большое копье) — седьмой выступающий позвонок.
25. 禁穴 – *Кинкэцу* (Запретный ход) — грудина.
26. 仏滅 – *Буцумэцу* (День смерти Будды) — ребра под грудными мышцами спереди и сзади.
27. 十字路 – *Дзюдзиро* (Перекресток) — прямо на плече.
28. 大門 – *Даймон* (Большие ворота) — середина плеча в месте соединения.
29. 星 – *Сэй* (Звезда) — прямо в подмышке.
30. 裏鬼門 – *Ура кимон* (Снаружи дьявол открывается) — нижние ребра под грудными мышцами.
31. 心中 – *Син тю* (Центр сердца) — середина грудной клетки.
32. 電光 – *Дэнко* (Сердце) — область сердца.
33. 脇壺 – *Вакицубо* (Бок тела) — последние ребра сбоку под руками.
34. 活殺 – *Катсусатсу* (Точка жизни и смерти) — позвоночник на уровне поясницы.
35. 水月 – *Суйгэцу* (Луна на воде) — солнечное сплетение.
36. 稲妻 – *Инадзума* (Молния) — область печени, «плавающие» ребра.
37. 間造 – *Кандзо* (Область печени сзади) — сзади на уровне поясницы справа.
38. 人造 – *Дзиндзо* (Почки) — с обеих сторон позвоночного столба чуть выше точки кацусацу.
39. 獅子蘭 – *Сисиран* (Тигр поражен) — желудок.
40. 五輪 – *Горин* (Пять колец) — пять точек вокруг центра живота.
41. 攻勢 – *Косэй* (Сила тигра) — пах и половые органы.
42. 子電光 – *Кодэнко* (Маленькое сердце) — крестец.
43. 毘低 – *Битэй* (Копчик) — на конце позвоночника между ягодицами.
44. 腰壺 – *Косицубо* (Котел бедер) — внутренний гребень костей таза, складка паха.
45. 七拔 – *Хитибацу* (Голос) — сбоку бедер.

46. 催「内催」— *Сай или насай* (Нога) — изнутри и снаружи середины бедра.
47. 後ろ稲妻 — *Усиро инадзума* (Молния сзади) — сзади бедра, начиная от ягодиц и до середины мышцы.
48. 膝間接 — *Хидзакансэцу*, 後ろ膝間接 — *Усиро хидзакансэцу* (Коленный сустав) — коленный сустав спереди и сзади.
49. 内転ぶし — *Утикоробуси* (Кость голени изнутри) — чуть выше головки кости голени изнутри.
50. 子骨 — *Кокоцу* (Маленькая кость) — голень изнутри.
51. 曾比 — *Соби* (Икроножная мышца) — икроножная мышца.
52. 気汚形 — *Киокэй* (Жесткие направления) — сверху стопы.
53. 呆れ腱 — *Акирэсукэн* (Ахиллово сухожилие) — прямо над пяткой.
54. 者金 — *Дзяккин* (Слабая мышца) — в верхней части руки между костью и мышцей.
55. 星沢 — *Хосидзава* (Утес под звездами) — точка-«шок» чуть выше локтевого сустава.
56. 腕間接 — *Удэкансэцу* (Сустав руки) — область под локтем.
57. 小手壺 — *Котэцубо* (Точка предплечья) — радиальный нерв в верхней части предплечья.
58. 内焼沢 — *Утиякудзава*, или 身焼所 *Миякудокоро* (Внутренний склон утёса) — у сгиба запястья изнутри.
59. 外焼沢 — *Сотоякудзава* (Внешний склон утёса) — у сгиба запястья снаружи.
60. 小手 — *Котэ* (Предплечье) — головка локтевой кости.
61. 指壺 — *Юбицубо* (Пальцевой котел) — основание большого пальца.
62. 合谷 — *Гококу* (Пять направлений) — точка в ямке между большим и указательным пальцем.
63. 灰手 — *Хайсю* (Ладонь снаружи) — внешняя сторона кисти руки.

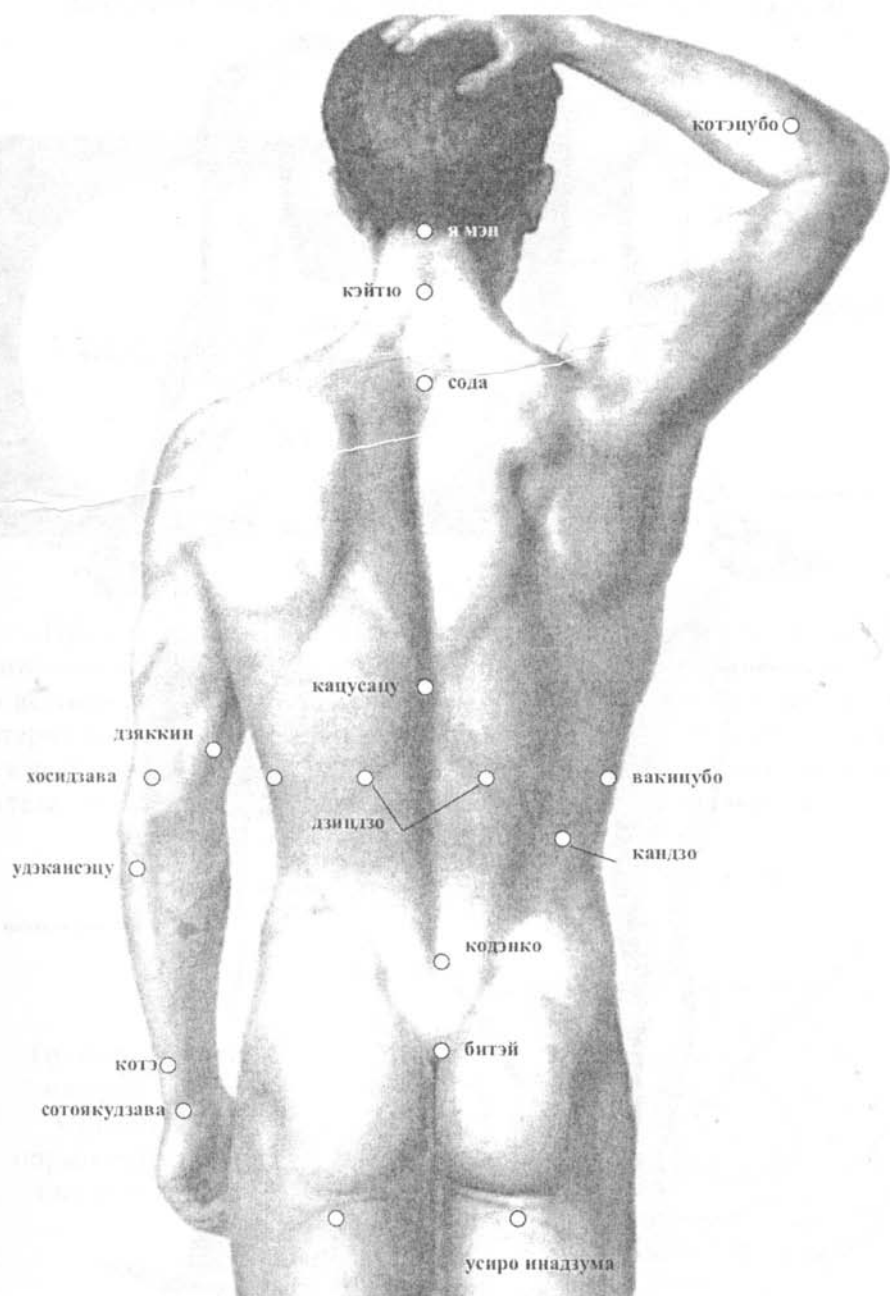
ЖИЗНЕННЫЕ ТОЧКИ: ВИД СПЕРЕДИ



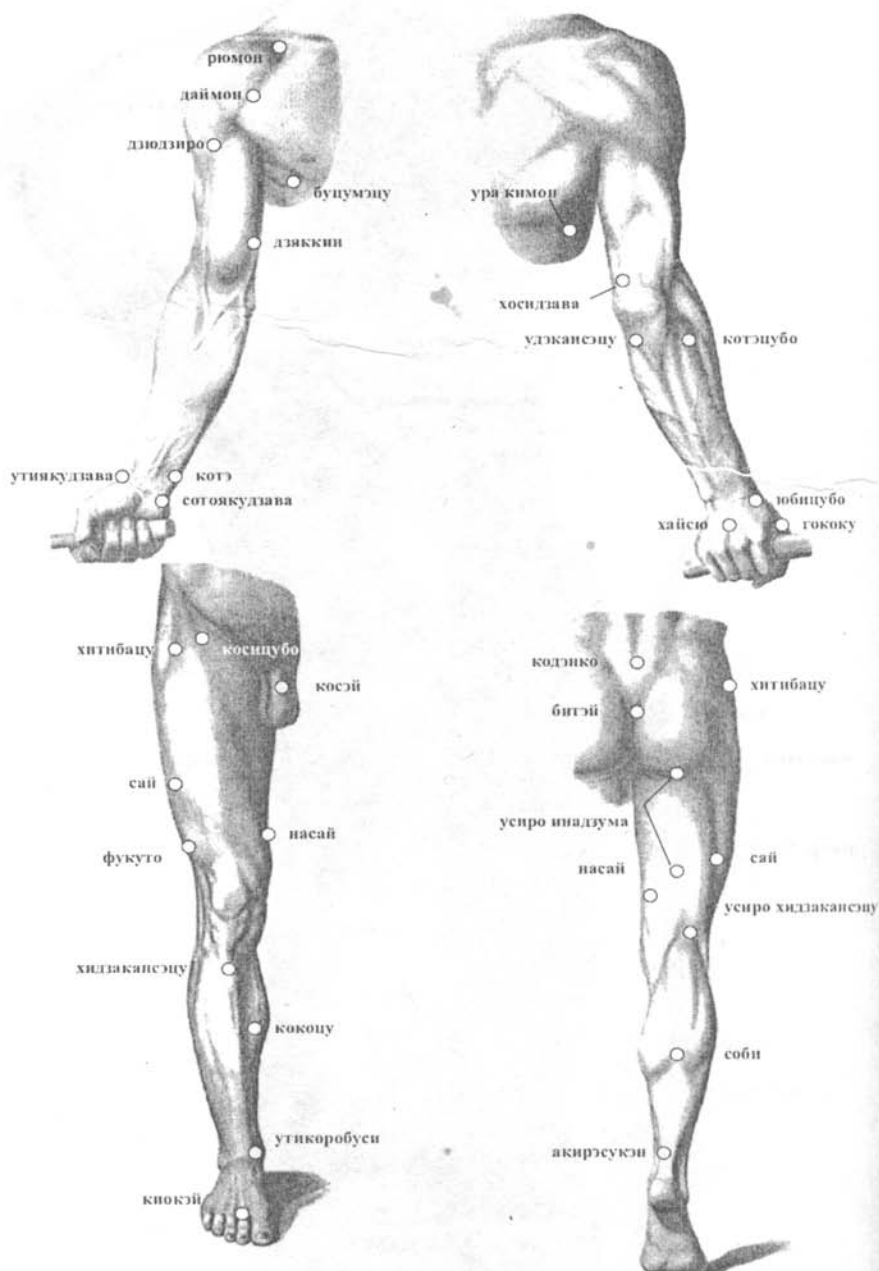
ЖИЗНЕННЫЕ ТОЧКИ: ВИД СБОКУ



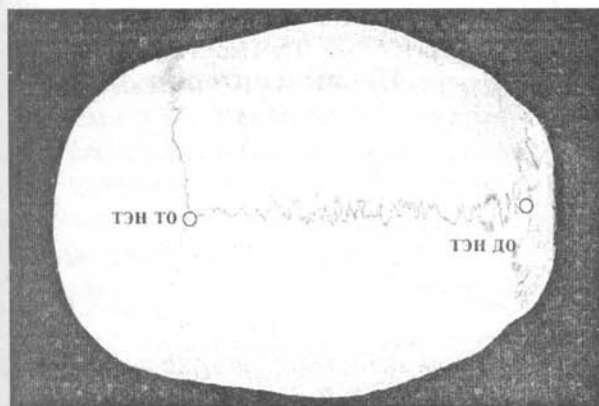
ЖИЗНЕННЫЕ ТОЧКИ: ВИД СЗАДИ



ЖИЗНЕННЫЕ ТОЧКИ: ВЕРХНИЕ И НИЖНИЕ КОНЕЧНОСТИ



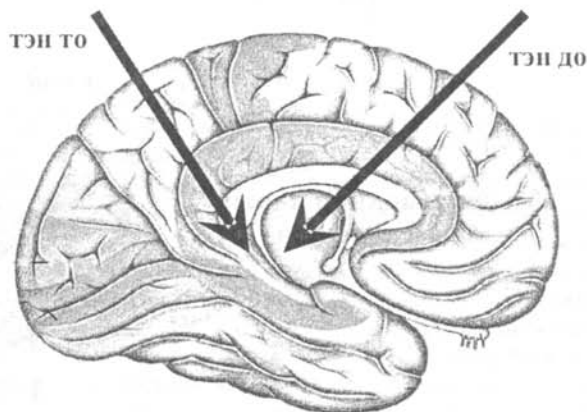
1. ТЭН ТО, ТЭН ДО (ВЕРХ ГОЛОВЫ) — сочленение лобной и теменных костей черепа (ТЭН ТО) и сочленение затылочной и теменных костей черепа (ТЭН ДО)



Череп: вид сверху

При ударе средней силы — сотрясение мозга, потеря координации движений, обморок. Сильный удар с проломом черепа ведет к летальному исходу за счет повреждений осколками теменных костей тканей и артерий лобных и теменных долей большого мозга. Направление удара — к центру головы (ударная волна в идеале должна достичь мозолистого тела, таламуса и далее зрительного перекреста и гипофиза).

Головной мозг:
направление
ударов при
поражении точек
ТЭН ТО и ТЭН ДО

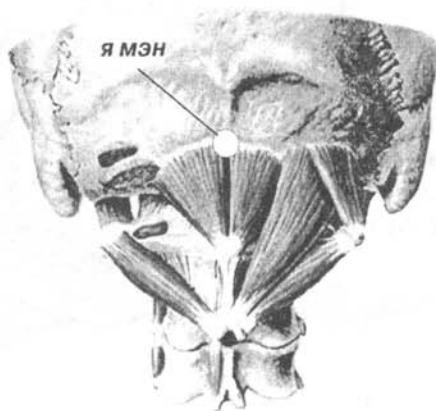


2. Я МЭН (СТРЕЛА, ПОРАЖАЮЩАЯ ГОЛОВУ) — основание затылка



Поражение точки *я мэн* во многом зависит от направления удара, а также его силы. Легкий удар, направленный строго горизонтально, приводит к мышечным спазмам различной степени тяжести и головной боли (симптомы могут проявиться на следующий день). Удар такой же силы, но направленный немного вверх, поражает мозжечок и приводит к потере сознания. Удар средней силы, направленный вверх под углом около 30 градусов, а также с небольшим отклонением влево или вправо вызывает шок и потерю сознания за счет поражения затылочных нервов и кратковременного ущемления спинного мозга. Сильный удар ведет к немедленной смерти за счет перелома шейных позвонков (в частности отростков *атланта*), ущемления спинного мозга осколками хрящей или его полного разрыва, повреждения осколками кости затылочных и позвоночных артерий.

Мышцы задней части шеи и затылка

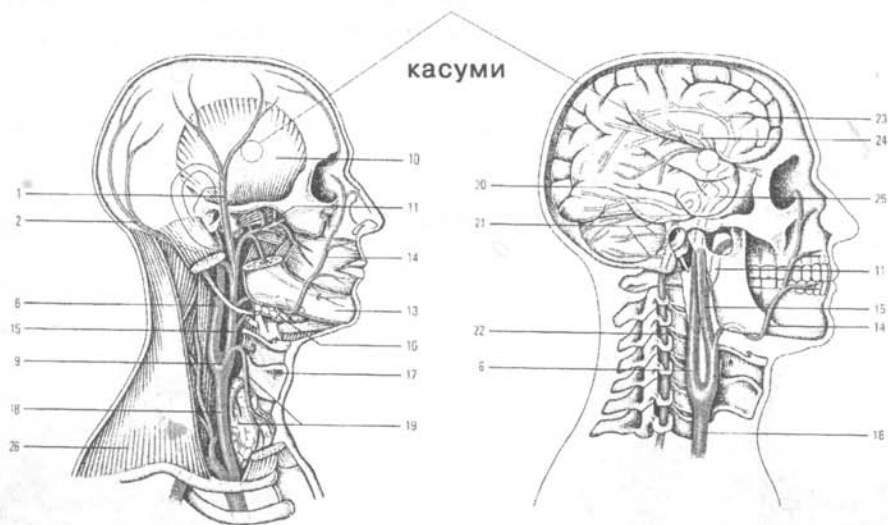


3. КАСУМИ (МГЛА, ТУМАН) — висок

При ударе средней силы — болевой шок, сотрясение мозга, потеря сознания. При сильном ударе — перелом плоских костей и разрыв височной артерии. Перелом в височной области черепа с поражением переднего и среднего ответвлений мозговой артерии чаще всего вызывает смерть. Мозговая артерия обеспечивает кровью череп и мембрану, покрывающую мозг. Артерия дает ответвления в черепную коробку и сжимается или расширяется, если происходит разрыв этих ответвлений в результате перелома, что в лучшем случае вызывает длительную потерю сознания.



Артерии головы



1. Поверхностная височная артерия. 2. Затылочная артерия. 3. Грудно-ключично-сосцевидная мышца (рассечена и отвернута назад). 4. Язычный нерв черепно-мозговой нерв XII. 5. Внутренняя яремная вена. 6. Внутренняя сонная артерия. 7. Кожные ветви шейного нервного сплетения. 8. Шейный лимфатический узел с лимфатическим сосудом; 9. Место деления сонной артерии. 10. Височная мышца. 11. Верхнечелюстная артерия. 12. Жевательная мышца. (вместе со скуловой дугой отогнута вперед). 13. Нижняя челюсть. 14. Лицевая артерия. 15. Наружная сонная артерия. 16. Подчелюстная железа. 17. Гортань. 18. Общая сонная артерия. 19. Щитовидная железа. 20. Задняя мозговая артерия. 21. Мозжечковые артерии. 22. Позвоночная артерия. 23. Передняя мозговая артерия. 24. Средняя мозговая артерия. 25. S-образный отрезок (каротидный сифон) вблизи основания черепа. 26. Трапецевидная мышца.

4. ДЗИНТЮ (ЦЕНТР ЧЕЛОВЕКА) — основание носа



ДЗИНТЮ

Разбитая губа, сломанные или выбитые передние зубы и слезотечение — минимальный результат. Боль и слезотечение возникают из-за близко расположенных к поверхности кожи нервных окончаний. Результатом удара может быть перелом верхней челюсти из-за сферической природы черепа. Череп будет сжиматься до предела, а затем «взорвется», приведя к перелому. Сломанный участок обычно находится на одной или другой стороне, в отдалении от точки соприкосновения удара. Болевой шок может привести к летальному исходу.

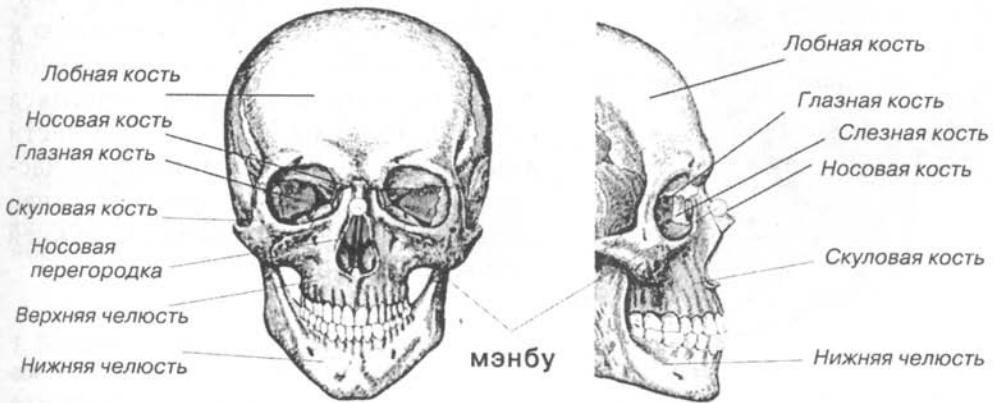
Лицевые кости черепа



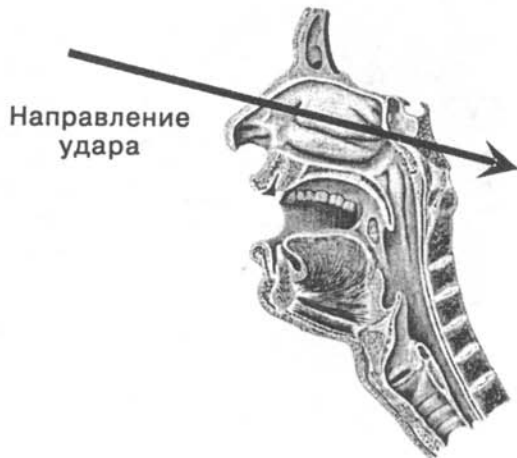
Направление удара

5. МЭНБУ (ЛИЦО) — переносица

Лицевые кости черепа: вид спереди и сбоку



Потемнение в глазах, перелом переносицы с сильнейшим кровотечением. Возможна кратковременная потеря сознания. Сложный перелом и/или смещение носовой кости и носовой перегородки — следствие удара по верхней части носа. Нет необходимости говорить, что последует гематома из-за разрыва большого количества кровеносных сосудов в этой области. Шок и боль могут привести к потере сознания. Временная слепота может быть результатом сильного слезотечения из-за повреждения болевых рецепторов в носовой области (повреждение носовой части переднего решетчатого нерва — ответвления тройничного нерва). Мы должны знать, что во многих случаях удар сам по себе не может быть причиной смерти, но случайные побочные обстоятельства, возникающие вследствие нанесенного удара, могут привести к летальному исходу.

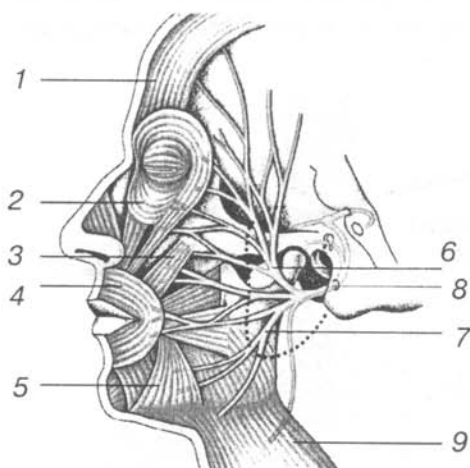


6. ИН (ТЕНЬ) — угол между верхней и нижней челюстью



Резкая шокирующая боль при сильном глубоком вдавливании фаланги пальца в точку по направлению к центру головы, ведущая к мгновенной судороге лицевых мышц («grimаса боли»). Повреждение верхней части лицевого нерва может привести к частичному параличу мимических мышц лица. Возможен разрыв связок нижней челюсти.

Некоторые мышцы и нервы лица



1. Лобная мышца. 2. Круговая мышца глаза. 3. Большая скуловая мышца. 4. Круговая мышца рта. 5. Мышца, опускающая угол рта. 6. Верхняя ветвь лицевого нерва. 7. Нижняя ветвь лицевого нерва. 8. Лицевой нерв, выход из основания черепа. 9. Плоская шейная мышца.

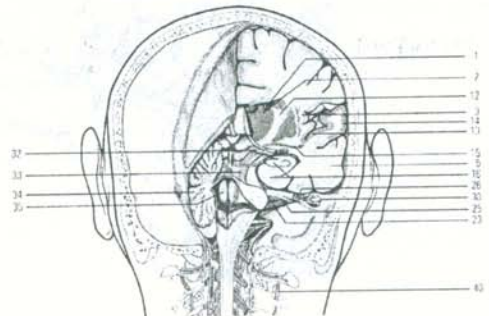
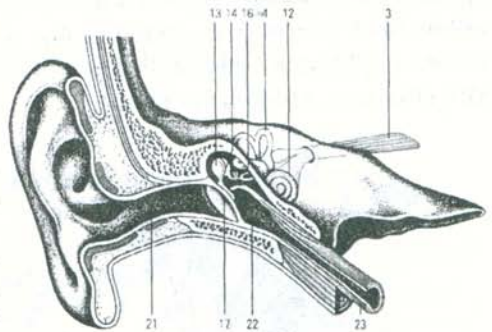
7. ХАЛПА (ВОСЕМЬ ПУТЕЙ УЙТИ) — хлопок по уху

Звон в ушах и потемнение в глазах (ввиду разветвленности глубоких кровеносных сосудов в этой области черепа) будет самым легким результатом воздействия удара. Лицевой нерв проходит вместе со слуховым нервом во внутреннее ухо и под слизистой оболочкой среднего уха следует к основанию черепа. Он может быть легко поврежден при поражении среднего уха или травмах черепа, поэтому нарушения органов слуха и равновесия нередко сопровождаются параличом мимических мышц. Контузия с расстройством функций вестибулярного аппарата (от легкой степени до тяжелой формы), если удар нанесен правильно. Разрыв барабанных перепонок, сильное кровотечение, глубокий обморок, шок.

Органы слуха и равновесия

1. Боковой желудочек головного мозга. 2. Таламус (промежуточный мозг). 3. Островок. 4. Третий желудочек (промежуточный мозг). 5. Височная доля. 6. Внутреннее ухо в каменистой части височной кости — улитка и внутренний слуховой проход. 7. Среднее ухо со слуховыми косточками. 8. Наружный слуховой проход и наружное ухо. 9. Барабанная перепонка и латеральный полукружный канал. 10. Внутренняя яремная вена. 11. Внутренняя сонная артерия и шейный отдел пограничного (симпатического) ствола. 12. Внутренняя капсула. 13. Расположение первичного акустического центра коры (так наз. поперечной извилины Хершля). 14. Расположение вторичного акустического центра коры (речевой центр Вернике).

15. Слуховая лучистость, пучки волокон центрального слухового пути. 16. Кора гиппокампуса (лимбическая система). 17. Ствол мозга (средний мозг). 18. Каменистая часть височной кости. 19. Височно-нижнечелюстной сустав и головка сустава нижней челюсти. 20. Основание черепа. 21. Верхнечелюстная артерия. 22. Мышцы глотки. 23. Вестибулярно-слуховой нерв. 24. Лицевой нерв. 25. Внутренний слуховой проход. 26. Улитка. 27. Верхний полукружный канал. 28. Ампулы полукружного канала с вестибулярными органами для координации равновесия. 29. Задний полукружный канал. 30. Латеральный полукружный канал. 31. Клапан выравнивания давления. 32. Среднее колленчатое тело. 33. Латеральная петля часть слухового прохода. 34. Мозжечок. 35. Ромбовидная ямка. 36. Канал лицевого нерва. 37. Ямка сигмовидного синуса головного мозга. 38. Слепок. 39. Борозда. 40. Позвоночная артерия. 41. Преддверие ушного лабиринта с эллиптическим мешочком и с мембранозным пузырьком.



8. ЮГАСУМИ (ВЕЧЕРНИЙ ТУМАН) — мягкое место под ухом



Мышцы головы и лица

Резкая шокирующая боль при ударе или надавливании кончиком пальца в направлении назад внутрь. Поражение направлено на лицевой и отводящий нервы. Отводящий нерв — двигательный нерв мимических мышц. Он входит вместе со слуховым нервом в височную кость, потом, вплотную под слизистой оболочкой среднего уха, следует в канал лицевого нерва внутри околоушной слюнной железы делится на ветви. Повреждения нерва ведут к параличу мимических мышц (расслабленное обвисание углов рта, нижних век и т.д.) и искажению лица. Возникают также нарушения слуха. Все звуки воспринимаются как болезненно громкие (так наз. гиперacusтика).

Выход лицевого нерва из основания черепа

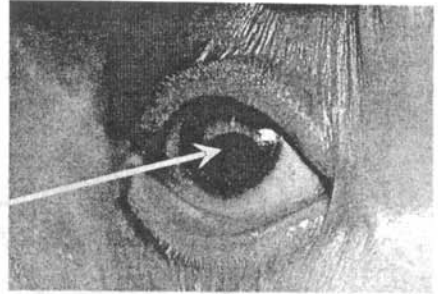


1. Верхняя ветвь лицевого нерва.
2. Лицевой нерв, выходящий из основания черепа.
3. Нижняя ветвь лицевого нерва.

9. ХИРЮРАН (ЛЕТАЮЩИЙ ДРАКОН ПОРАЖЕН) — глаза

Глаз

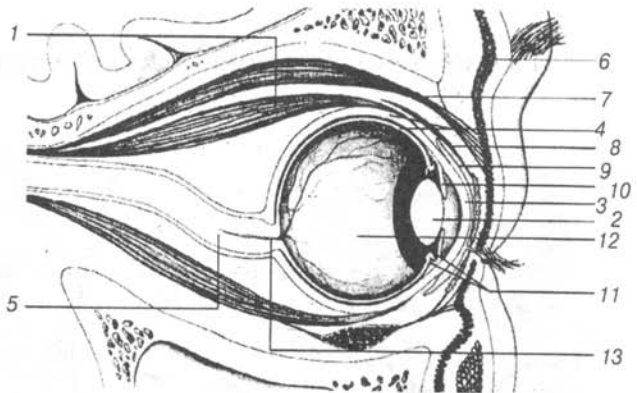
Направление удара



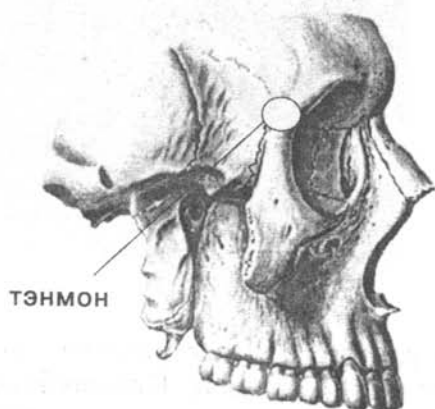
Потеря зрения и нарушение координации в пространстве, внутреннее кровоизлияние и повреждение роговицы глаза. При глубоком проникновении пальцев в глазные впадины возможна полная невосстановимая потеря зрения, вследствие разрушения глазных яблок, разрыв зрительного нерва. Как результат глубокого проникновения, повреждение коры головного мозга — мгновенная смерть из-за внутреннего кровоизлияния.

Органы зрения и глазные мышцы

1. Прямая верхняя глазная мышца. 2. Хрусталик. 3. Роговица. 4. Склера и сетчатка. 5. Зрительный нерв с ресничным нервом. 6. Кольцевидная мышца века. 7. Мышца, поднимающая верхнее веко. 8. Мышца, поднимающая веко (гладкая мышца, сокращается непроизвольно, автоматически). 9. Конъюнктивa. 10. Радужная оболочка. 11. Ресничное тело и подвешивающая связка хрусталика. 12. Стекловидное тело (прозрачное). 13. Сосочек зрительного нерва.



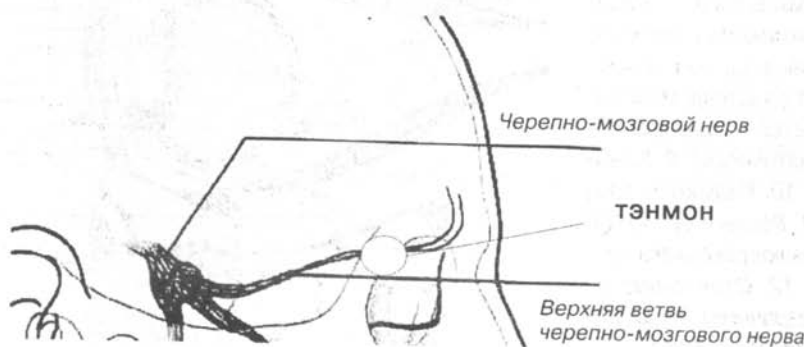
10. ТЭНМОН (НЕБЕСНЫЕ ВРАТА) — выступающий внутренний край скуловой кости на сочленении с лобной костью возле глазной впадины



Лицевая часть черепа,
вид сбоку

Резкая боль, сильнейшая гематома, постоянное слезотечение, шок при переломе и поражении глаза осколками кости. Временный или необратимый паралич глазных мышц ведет к неправильному положению глаз (косоглазие). Если повреждена верхняя ветвь черепно-мозгового нерва, глазное яблоко, возможно, больше не удастся повернуть кнаружи. Результатом будет сходящееся косоглазие. При поражении автономных (парасимпатических) нервных волокон для внутренних глазных мышц может привести к нарушению аккомодации и моторики зрачка.

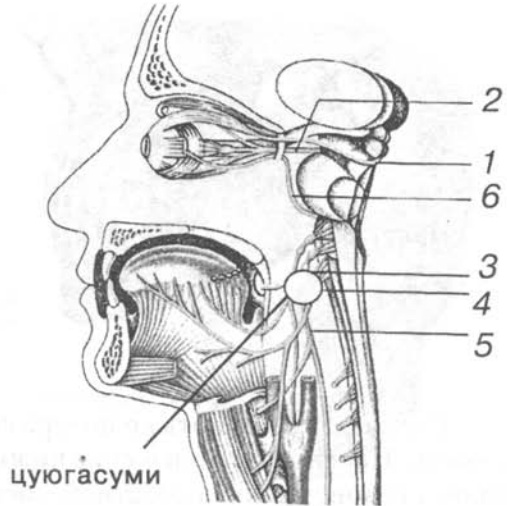
Разветвление черепно-мозгового нерва (приближено)



11. ЦУЮГАСУМИ (МГЛА РАССЕЙВАЕТСЯ) — СВЯЗКИ ЧЕЛЮСТИ

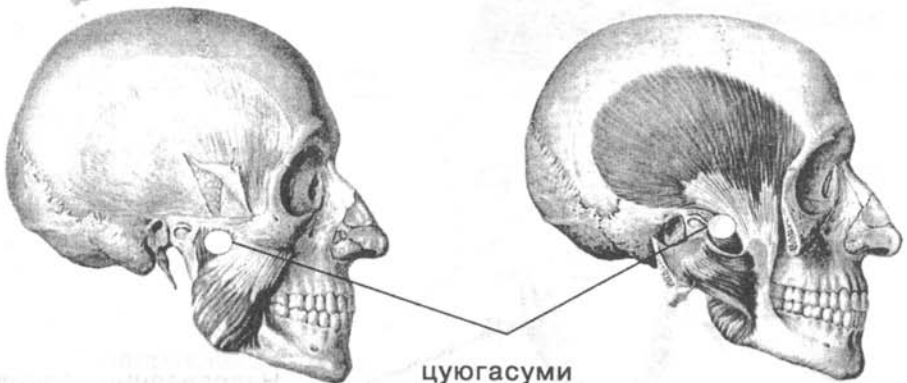
Нервы лица

1. Блоковый нерв, идущий к ко-
сой верхней глазной мышце. 2.
Нерв глазных мышц. 3, 4. Язы-
коглоточный нерв. 5. Блуждаю-
щий нерв. 6. Отводящий нерв.

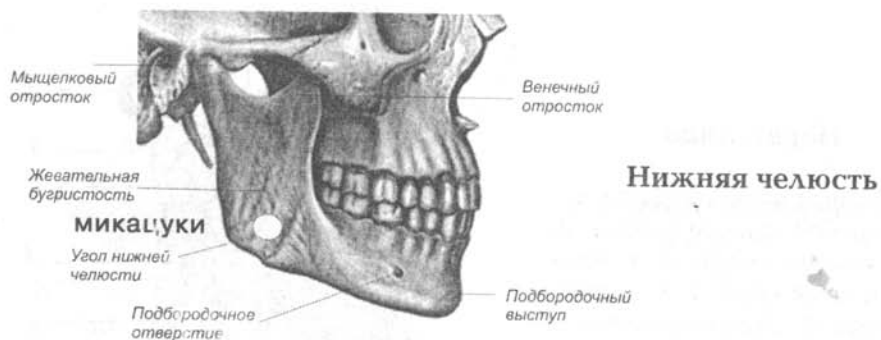


Резкая боль, непроизвольное открытие рта, «оскал боли» возник-
ает при сильном нажатии пальцем (пальцами) с одной или обеих сторон
на область соединения нижней и верхней челюсти. Поражение языко-
глоточного нерва при переломе мышечкового или венечного отростков
может серьезно поразить жевательный и речевой аппарат, вплоть до па-
ралича жевательных мышц.

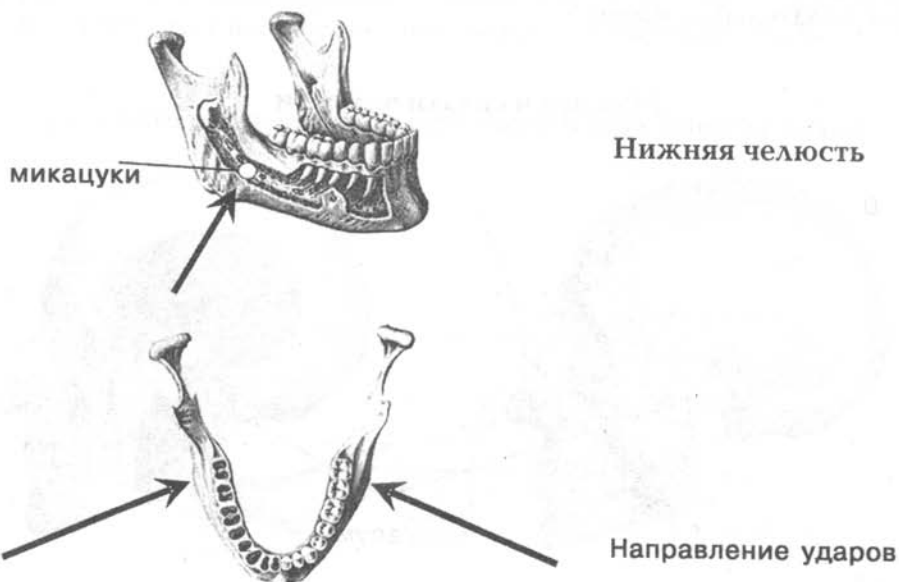
Мышцы и связки челюсти



12. МИКАЦУКИ (ЧЕЛЮСТЬ) — боковая часть нижней челюсти слева и справа



Сильная боль вплоть до потери сознания при трещине или переломе кости. Перелом или смещение нижней челюсти — результат удара по любой стороне нижнечелюстной кости. Если два удара производятся одновременно, очевиден двойной перелом (по обеим сторонам). Но если один удар был нанесен раньше, челюсть отталкивается ко второму удару, возможен перелом только на одной стороне. Чтобы предотвратить будущую деформацию линии челюсти, зубы и осколки должны быть временно скреплены. Конечно, будет очень трудно есть и говорить, пока все не станет на свои места.



13. АСАГИРИ (УТРЕННИЙ ТУМАН) — нижний край подбородка

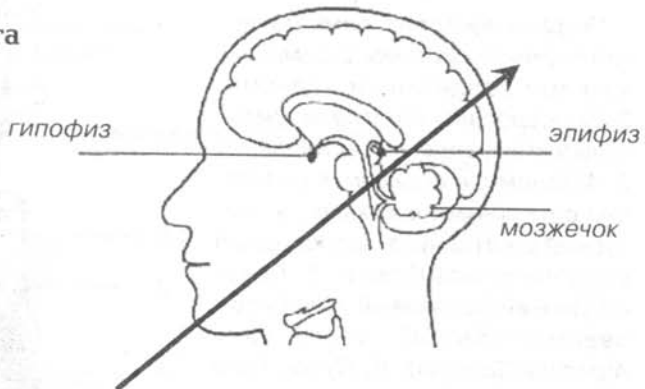
Череп спереди

асагири



Нанесенный под правильным углом (45° вверх) сильный удар в нижний край подбородка вызывает сотрясение вестибулярного аппарата, изменение деятельности сердечно-сосудистой системы (за счет ущемления блуждающего нерва) и болевой шок от растяжения связок и мышц нижней челюсти. При ударе средней силы — кратковременный нокдаун с головокружением и легким расстройством равновесия.

Части мозга



Направление удара

14. УКО (ДВЕРЬ В ДОЖДЬ) — бок шеи



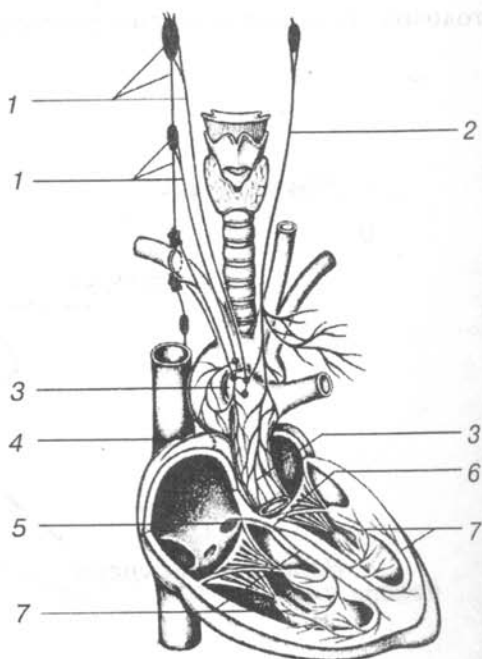
Мышцы шеи

вофазный цикл работы) и смерть. Легкий удар ведет к ушибу мышц, болям в шее, спазмам и головной боли.

Сильный глубокий удар по боковой стороне шеи в области точки уко направлен прежде всего на поражение блуждающего нерва и, в меньшей степени, мышц шеи. Две важнейшие функции блуждающего нерва — обеспечение сердечных и легочных сокращений. Блуждающий нерв имеет два отростка (по одному на каждой стороне шеи), повреждение одного из них само по себе недостаточно для фатального исхода, т.к. нервные отростки частично дублируют друг друга. Однако этого замещения чаще всего не хватает, и поврежденная сторона может вызвать спазмы в легких и сердце, остановку дыхания, неправильные сердечные сокращения (проти-

Нервы шеи и коронарные сосуды

1. Пограничный ствол симпатической нервной системы с симпатическими сердечными нервами. 2. Блуждающий нерв с парасимпатическими сердечными нервами. 3. Автономное сердечное сплетение с нервными клетками. 4. Синусный узел (синусо-предсердный узел, узел Киса-Флека). 5. Предсердно-желудочковый узел (атриовентрикулярный узел, узел Ашоффа-Тавары). 6. Пучок Гиса (Предсердно-желудочковый пучок). 7. Концевые разветвления ПСС (волокна Пуркинье).



15. КЭЙТЮ (СЕРЕДИНА ШЕИ) — задняя сторона шеи

Шейный отдел позвоночника



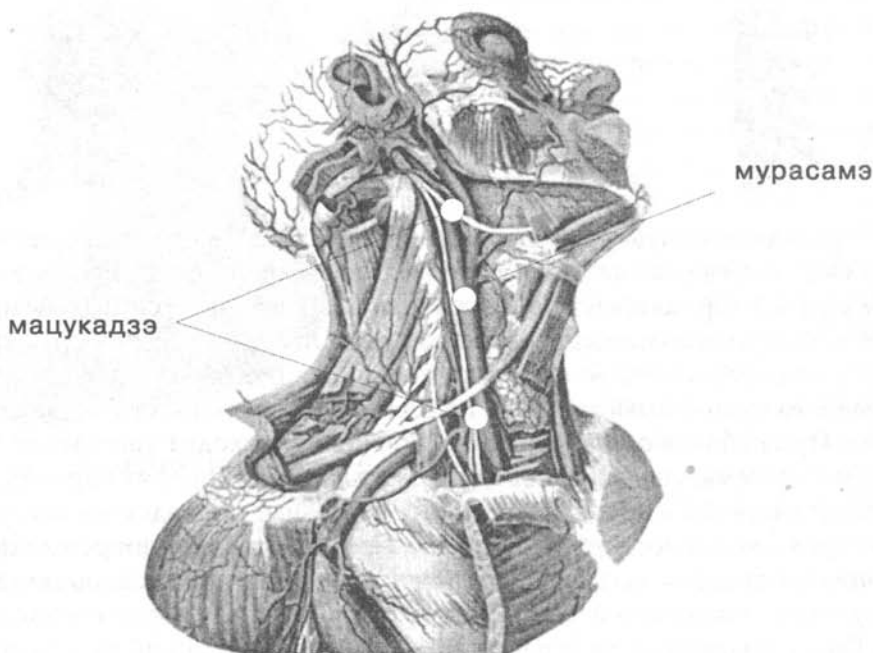
Мышечные спазмы и повреждение отростков шейных позвонков должны быть отмечены как минимально возможный урон в результате этого типа удара. Удар также может вызвать шок. Отмеченные симптомы проявляются немедленно или на следующий день. Они проявляются в различной степени тяжести, от шейного растяжения (как будто мышцы натянуты) и сильной головной боли до болей по всей шее, в особенности задней ее области. При небольшом смещении позвонков происходит ущемление спинного мозга-ремня, ведущее к временному или необратимому параличу верхних конечностей и шеи. Гораздо более серьезные последствия наступают при переломе шейного отдела позвоночника: разрыв или повреждение позвоночной артерии вызывает обширную гематому и мгновенную смерть вследствие обширного церебрального тромбоза (закупорки сосудов мозга). Также повреждается грудобрюшной нерв, проходящий от 4-го шейного позвонка вертикально вниз, основная функция которого — обеспечивать диафрагму способностью к выполнению дыхания. Его поражение вызывает мгновенное чувство удушья, чаще всего ведущее к смерти.

Мышцы шеи, вид сзади



**16. МАЦУКАДЗЭ (ВЕТЕР В СОСНАХ) —
верхний и нижний конец сонной артерии**

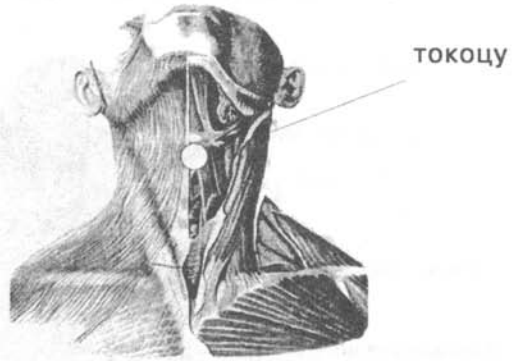
**17. МУРАСАМЭ (ДОЖДЬ В ДЕРЕВНЕ) —
посередине сонной артерии**



Тяжелое повреждение сонной артерии приведет к тромбозу (закупорке сосуда), который затруднит ток крови. Это может закончиться церебральным тромбозом (закупоркой сосудов мозга) и мгновенной смертью. В случае временного пережатия сонной артерии («кровяное» удушение) потеря сознания наступает в течение 30-90 секунд. Если вовремя не привести пострадавшего в чувство, наступит летальный исход. При поражении нижней точки (*мацукадзэ*) сонной артерии гематома, которая охватывает внутреннюю яремную вену, сонную артерию и блуждающий нерв, может стать результатом резкого удара или нажатия, которое, даже не поразив главных, может повредить более мелкий сосуд, результатом чего будет просачивание крови из разорванного кровеносного сосуда. Если разрыв сам по себе не схватится, то последует быстрая смерть. Гематома будет расширяться с каждым сердечным сокращением и начнет давить на трахею, пока нервы гортани не закроют ее. При поражении верхней точки (*мацукадзэ*) возможно серьезное повреждение отростков блуждающего нерва (нервов гортани, голосовых связок и подъязычного нерва). Последствия см. ниже, точка *рю фу*.

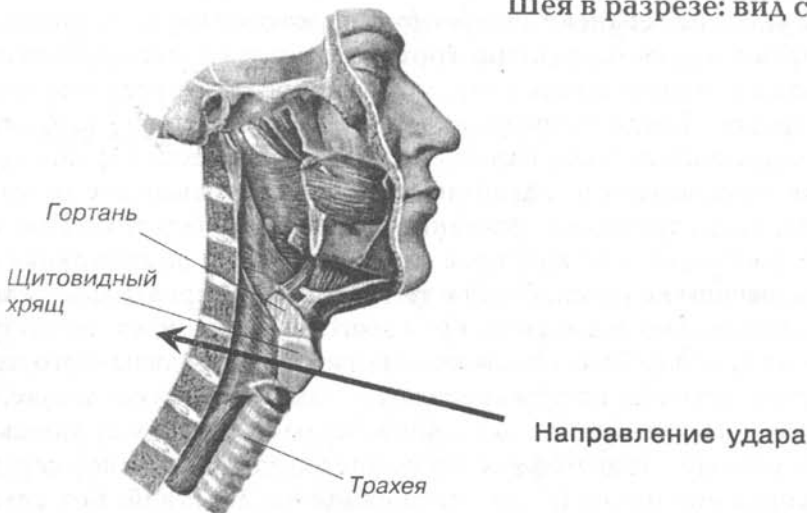
18. ТОКОЦУ (НЕЗАВИСИМАЯ КОСТЬ) — адамово яблоко

Шея: вид спереди



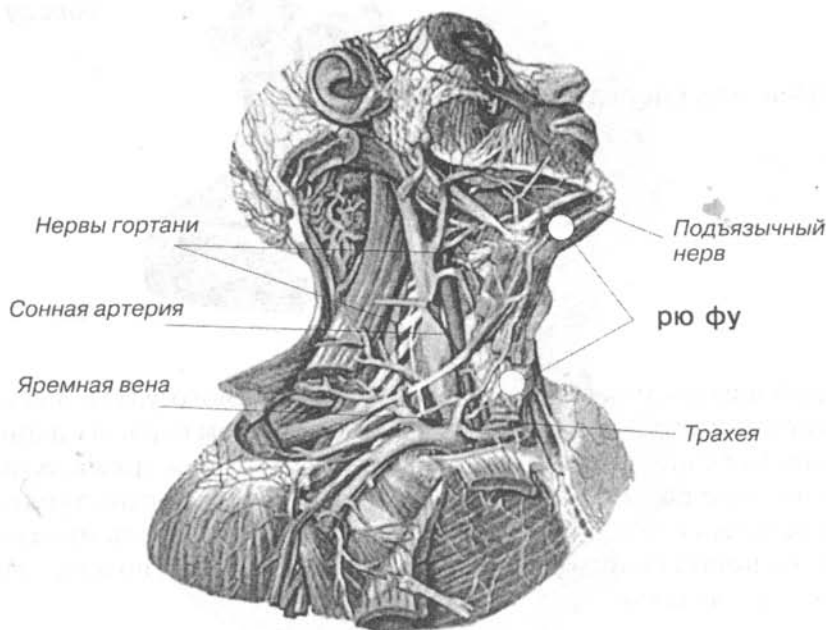
Разрыв щитовидного хряща — результат прямого удара в горло. Важнее всего помнить, что хрящ окружен множеством нервных окончаний гортани. Конечно, стимуляция этих нервов разрывом хряща активизирует голосовые связки и надгортанник, что перекроет поступление воздуха в легкие, результатом чего будет медленная и очень мучительная смерть от постепенного удушья или, по крайней мере, потеря сознания от нехватки воздуха.

Шея в разрезе: вид сбоку



19. РЮ ФУ (ДЫХАНИЕ ИВЫ) — выше и ниже адамова яблока

Артерии, вены и нервы шеи

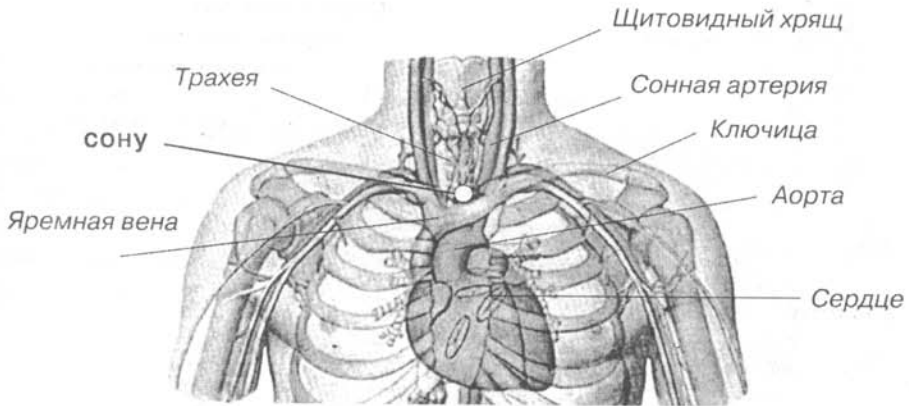


При ударе по верхней точке *рю фу* поражаются нервы гортани. Они контролируют основные функции гортани: открывать и закрывать голосовые связки и подгортанник с тем, чтобы инородные предметы не проникали в трахею. Когда инородное тело (пища, зубы, кровь) возбуждает нервное окружение гортани или внутренней поверхности горла, голосовые связки закрываются и надгортанник покрывает отверстие дыхательного горла, предупреждая всасывание туда инородного тела. При этом воздух не поступает в легкие, пока нервы не выйдут из состояния возбуждения, мышцы не расслабятся и тем самым не откроют дыхательное горло для нормального дыхания. Если этого не произойдет, то наступит смерть от удушья. Также возможно поражение подъязычного нерва, при котором наступает потеря контроля за языком и, как следствие, возможность его заглатывания с летальным исходом (смерть от удушья).

В результате хорошо сфокусированного удара по нижней передней стороне горла возможна целая комбинация последствий. Вот некоторые возможные последствия: 1) повреждение внутренней яремной вены; 2) повреждение сонной артерии; 3) повреждение позвоночной вены.

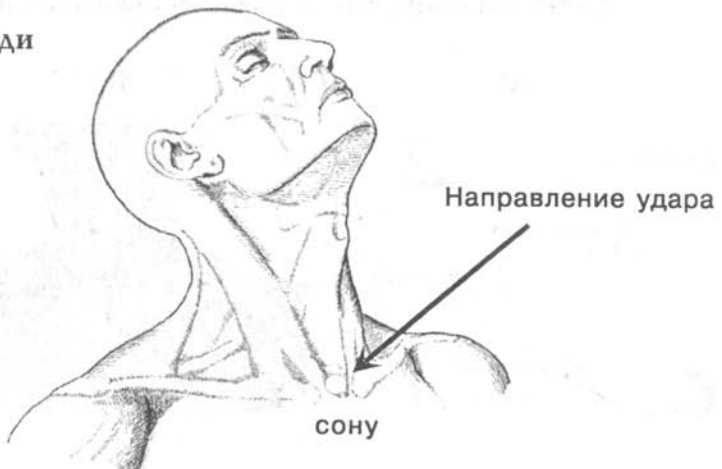
20. СОНУ (ТРАХЕЯ) — межключичная ямка

Верхняя часть туловища: вид спереди



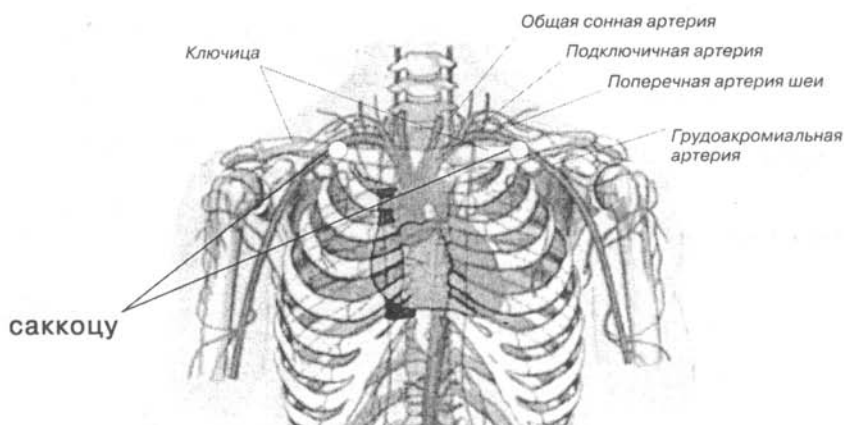
Прямой удар или сильное нажатие кончиками пальцев, направленные немного вниз и вглубь межключичной ямки, ведет к повреждению и/или разрыву трахеи, вызывая чувство удушья, обморок или летальный исход, в зависимости от степени поражения. Удары или нажатия, направленные немного влево или вправо, ведут к повреждению яремной вены, сонной артерии или более мелких сосудов с обширной гематомой, которая оказывает сильнейшее давление на трахею, вызывая чувство удушья, а также может перекрыть артерии, питающие головной мозг, приводя к смерти посредством т.н. «кровяного» удушья.

Шея спереди



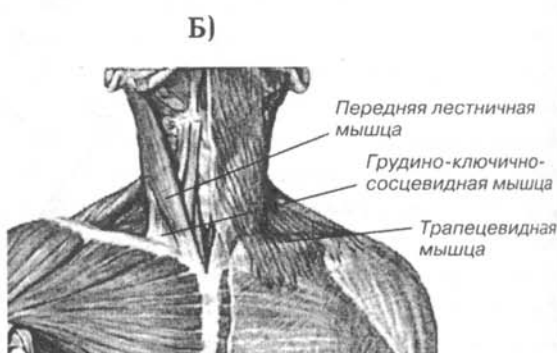
21. САККОЦУ (КЛЮЧИЦА) — ключица

Скелет и артерии верхней части туловища



В результате удара минимальным повреждением будет перелом ключицы и растяжение (усугубляющее — разрыв) связок, удерживающих ее. Результатом серьезного воздействия могут быть разрывы важнейших кровеносных артерий с сильнейшим внутренним кровоизлиянием, самое опасное — это травмирование легкого осколками ключицы в результате перелома кости со смещением. Смерть может быть результатом внутреннего кровоизлияния в отверстие поврежденного легкого, которая наступает от удушья.

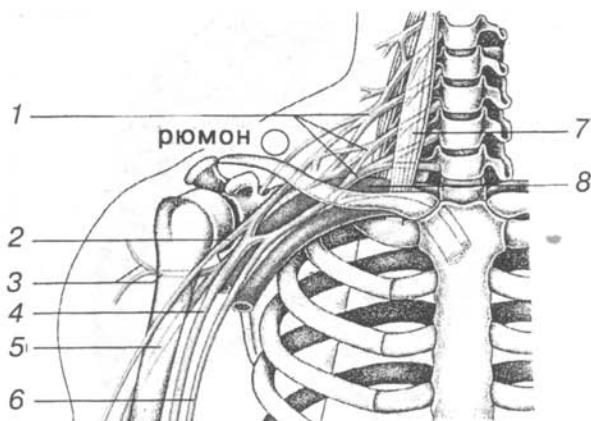
Кость ключицы (А) и связки, удерживающие ее (Б)



22. РЮМОН (ВРАТА ДРАКОНА) — над ключицей возле плеча

Нервы и артерии плеча и руки

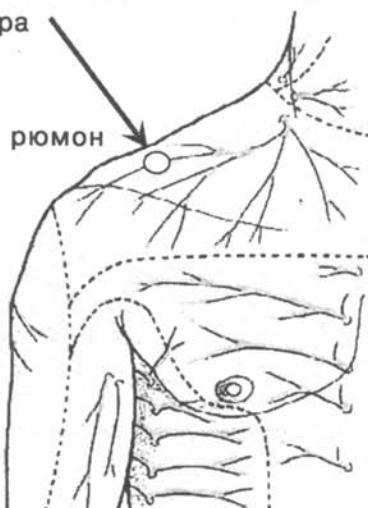
1. Плечевое нервное сплетение. 2. Мышечно-кожный нерв. 3. Подмышечный нерв. 4. Срединный нерв. 5. Лучевой нерв. 6. Локтевой нерв. 7. Передняя лестничная мышца. 8. Подключичная артерия.



Удар, выполненный кончиками пальцев, «когтями» или «клювом» и направленный к середине тела, поражает целый ряд нервов, отвечающих за подвижность руки. Поражение плечевого нервного сплетения может вызвать кратковременный или необратимый паралич плеча и руки в целом, потерю чувствительности и обездвиживание плечевого сустава. Легкий удар или нажатие приводит к весьма болезненным ощущениям, способствующим проведению целого ряда технических действий.

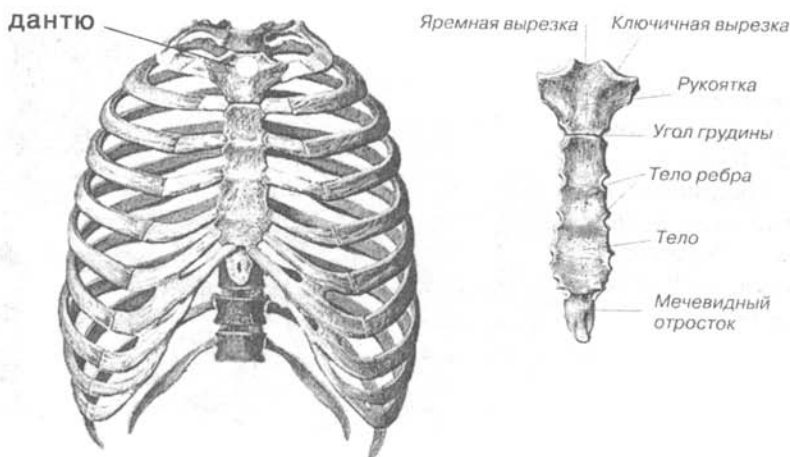
Направление удара

Нервы плеча



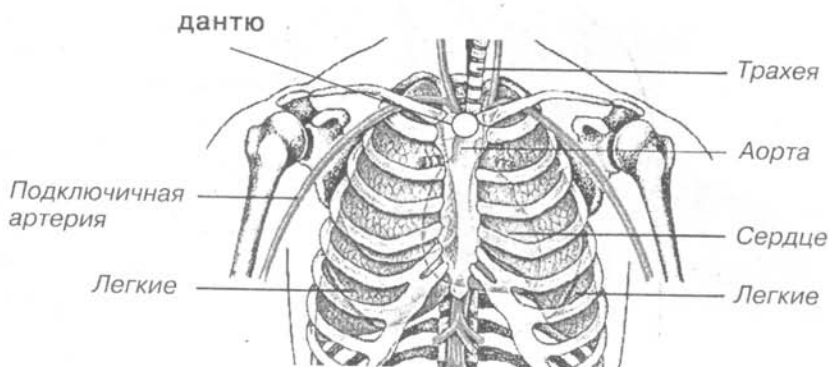
23. ДАНТЮ (ЦЕНТР ГРУДИ) — верхняя часть грудной кости

Грудная клетка и грудина



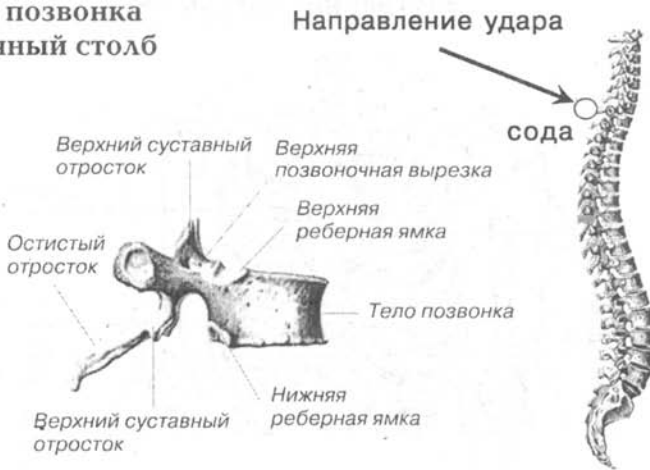
Легкий удар в верхнюю часть грудной кости (т.н. «рукоятку») вызывает резкую боль и кратковременную остановку дыхания за счет поражения трахеи и бронхиального разветвления, расположенного непосредственно за ней. Сильный удар влечет за собой шок и потерю сознания, т.к. хорошо сфокусированный удар способен поразить сердечное нервное сплетение, крупные кровеносные сосуды (в частности, аорту) или привести к перелому первого грудино-реберного сустава (удерживающего ключицы) и угла грудины, что приведет к летальному исходу за счет травмирования легких и сердца осколками костей и хрящей ребер, грудины или ключицы.

Органы грудной клетки



24. СОДА (БОЛЬШОЕ КОПЬЕ) — седьмой выступающий позвонок

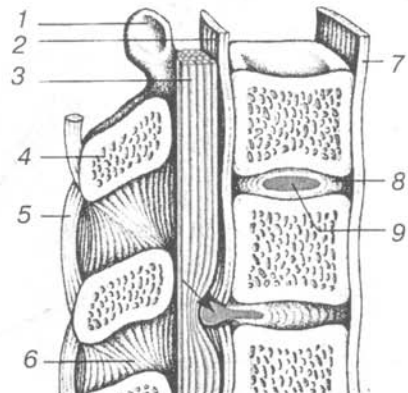
Строение позвонка и позвоночный столб



Позвонки удерживаются вместе с помощью прочных и упругих продольных связок (отсюда — S-образный изгиб позвоночного столба). При легком ударе в точку *сода* пульпозное ядро может наподобие грыжи выпятиться в позвоночный канал, ущемляя нервные волокна (так называемое выпадение межпозвоночного диска). Удар средней силы, направленный в седьмой позвонок, особенно при наклоне человека вперед, может привести к шоку спинного мозга за счет ущемления спинного мозга даже без разрыва нитей спинного мозга-ремня, и как следствие, потере сознания и кратковременному параличу верхней части тела. Сильный удар, сопровождающийся переломом остистого отростка, повреждением позвоночной артерии и частичным или полным разрывом спинного мозга, ведет к мгновенной смерти.

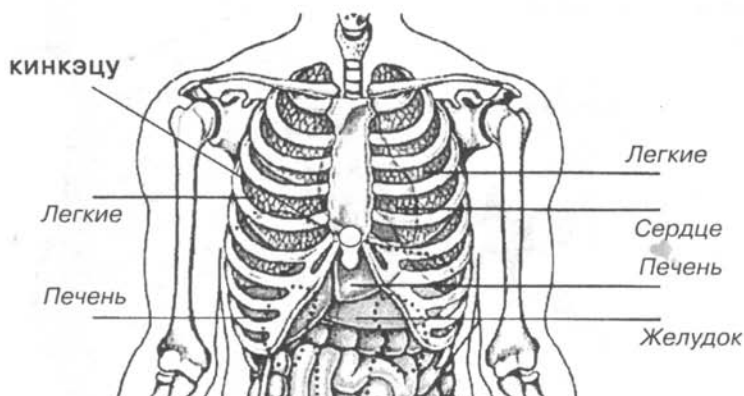
Позвоночный столб в разрезе

1. Верхний суставный отросток. 2. Задняя продольная связка. 3. Спинномозговые нервы в канале позвонника. 4. Остистый отросток. 5. Надостная продольная связка, проходящая по вершинам остистых отростков позвонков к седьмому позвонку. 6. Желтая связка между позвоночными дужками. 7. Передняя продольная связка. 8. Межпозвоночный диск. 9. Пульпозное (студенистое) ядро межпозвоночного диска.



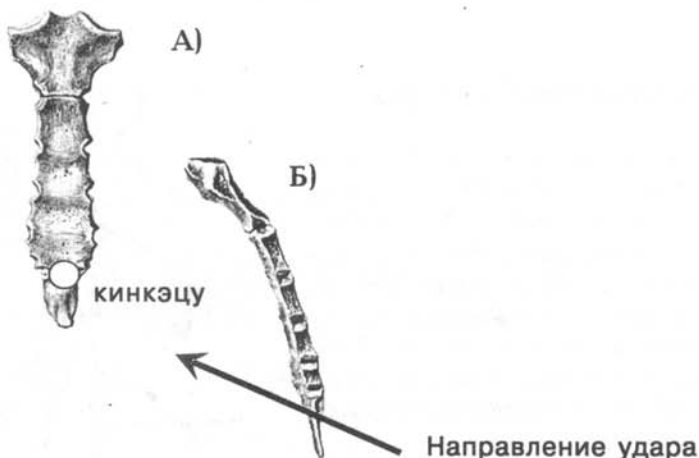
25. КИНКЭЦУ (ЗАПРЕТНЫЙ ХОД) — мечевидный отросток грудины

Внутренние органы тела



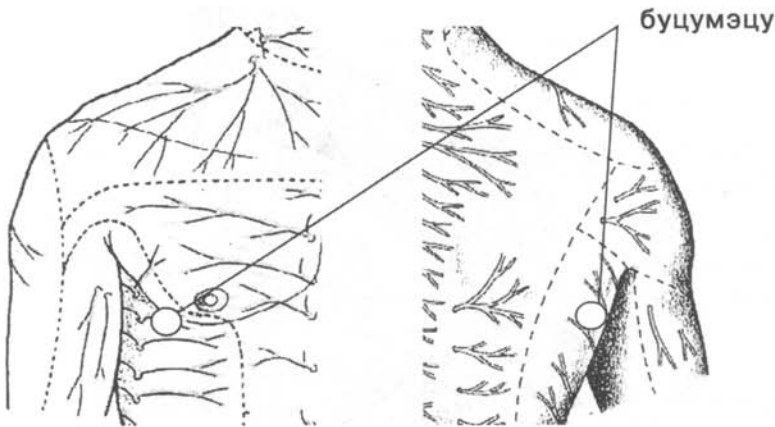
Сильный удар в точку *кинкэцу* приводит к целому ряду последствий, самым безобидным из которых является кратковременная остановка дыхания за счет рефлекторного спазматического сжатия межреберных мышц и подъема диафрагмы. Перелом грудины у основания мечевидного отростка способен поразить печень, желудок или даже сердце (в зависимости от направления удара) осколками кости, что приведет к обширному кровотечению и мучительной смерти. Наиболее опасным является хорошо сфокусированный удар снизу вверх, затрагивающий не только собственно мечевидный отросток, но и устремляющийся дальше вглубь тела.

Грудина: вид спереди (А); вид сбоку (Б)



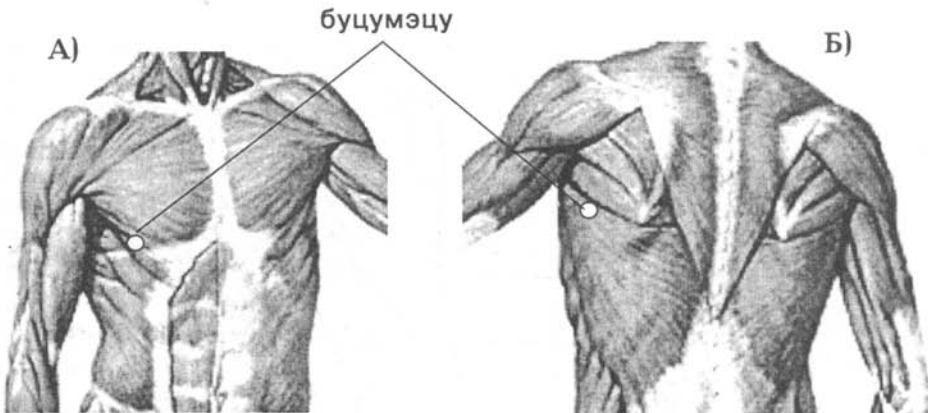
26. БУЦУМЭЦУ (ДЕНЬ СМЕРТИ БУДДЫ) — ребра под грудными мышцами спереди и сзади

Нервы грудной клетки спереди и сзади



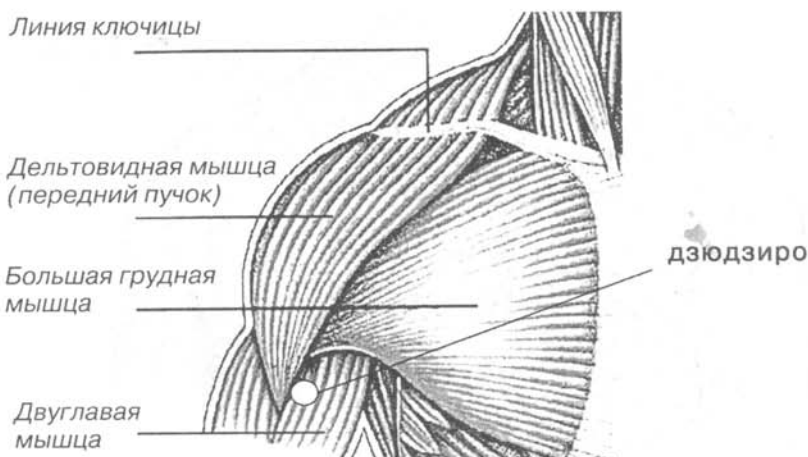
Даже легкое поражение кончиками пальцев или «однорукой» кулаком точки *буцумэцу* вызывает резкую боль, шок и спазм межреберных мышц за счет поражения межреберного (спереди) и грудоспинного (сзади-сбоку) нервов, а также временное онемение грудных и широчайших мышц спины. Сильный проникающий вглубь тела удар может привести к потере сознания от болевого шока, перелому ребер и поражению легких осколками кости, ведущему к летальному исходу.

Мышцы тела спереди (А) и сзади (Б)



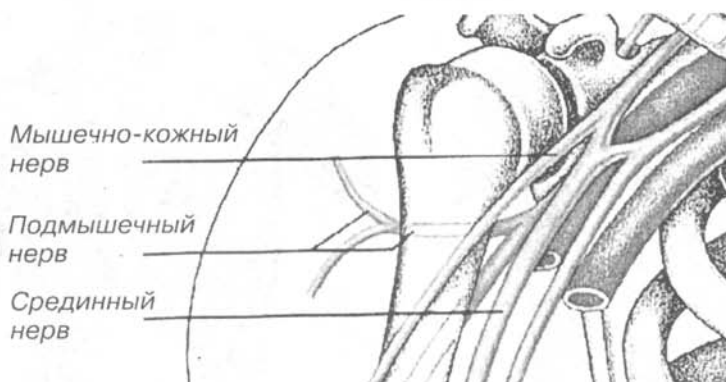
27. ДЗЮДЗИРО (ПЕРЕКРЕСТОК) — прямо на плече

Мышцы передней стороны плеча



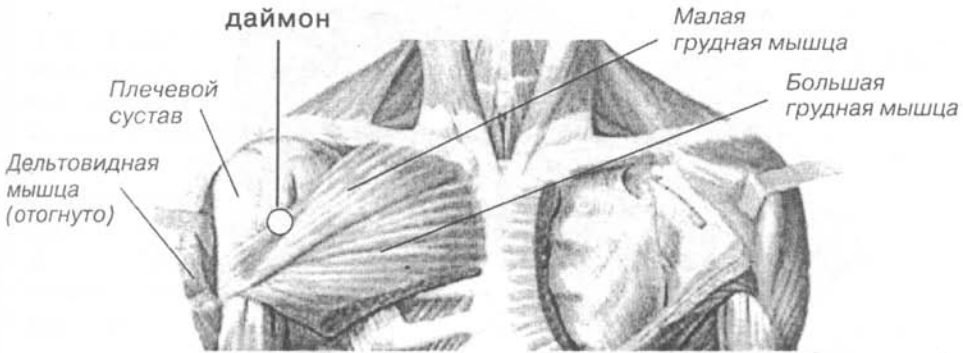
Точка *дзюдзиро* расположена непосредственно в месте пересечения дельтовидной, двуглавой и грудной мышц и прежде всего отвечает за поражение срединного и, в меньшей степени, мышечно-кожного и подмышечного нервов. Точный удар в эту точку способен надолго вывести из строя не только плечевой сустав, но и всю руку в целом. Удар средней силы вызывает ушиб и кратковременное онемение плечевой части руки, более сильный удар может также поразить крупные артерии руки с сильнейшей гематомой и внутримышечным кровоизлиянием.

Нервы плеча и руки (приближено)



28. ДАЙМОН (БОЛЬШИЕ ВОРОТА) — середина плеча в месте соединения

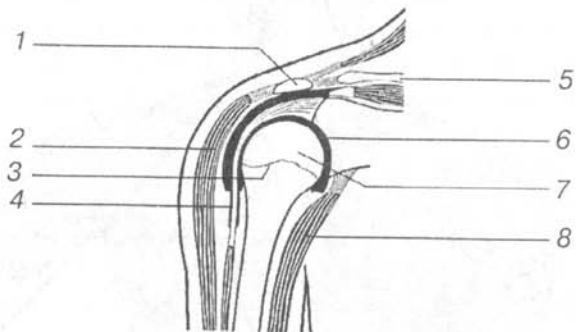
Мышцы плеча и груди



Поражение связок грудных мышц и дельтовидной мышцы плеча, травма плечевого сустава или его частичное разрушение — следствие сильного удара в точку *даймон*. Кроме перечисленного, болевой шок и паралич мышц плеча и руки может вызвать поражение срединного и кожного-мышечного нервов. Время обездвиживания плеча и руки целиком зависит от силы воздействия ударом или пальцевым нажатием на точку — чем оно сильнее, тем дольше время последствий.

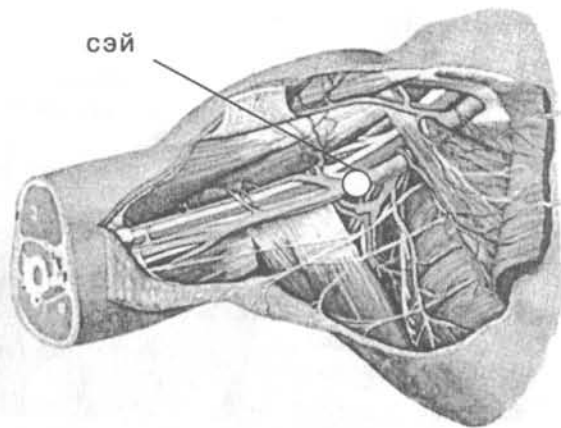
Схематическое строение плеча

1. Костный гребень лопатки, лопаточная ость с акромиальным отростком. 2. Дельтовидная мышца. 3. Эпифизарная линия. 4. Сухожилие длинной головки двуглавой мышцы плеча с сухожильным влагалищем. 5. Ключица. 6. Суставная впадина лопатки. 7. Головка плечевой кости. 8. Трехглавая мышца плеча, длинная головка.



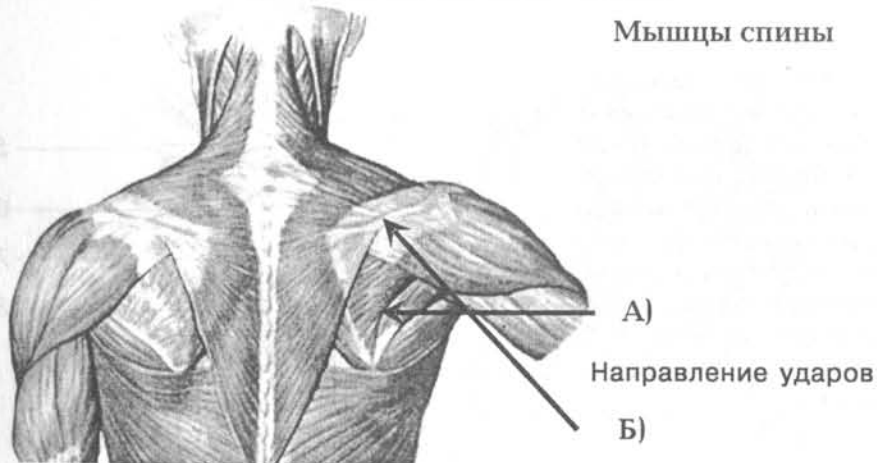
29. СЭЙ (ЗВЕЗДА) — прямо в подмышке

Подмышечная впадина в разрезе



Удар кончиками пальцев в подмышечную впадину вызывает резкую боль, онемение и временный паралич руки за счет поражения подмышечного нервного сплетения (локтевой нерв, подмышечный нерв, срединный нерв и др.). Сильный удар способен вызвать обширную гематому (из-за крупных кровеносных сосудов, проходящих в данной области), обездвиживание руки и мышечные спазмы. Кроме того, возможно поражение лимфатических узлов и, как следствие, их воспаление и тяжелые болезненные последствия. Направлений удара в основном два: а) снизу вверх под углом в 45° (собственно подмышка) и б) в горизонтальной плоскости, поражая грудоспинный нерв, проходящий по боковой линии ребер.

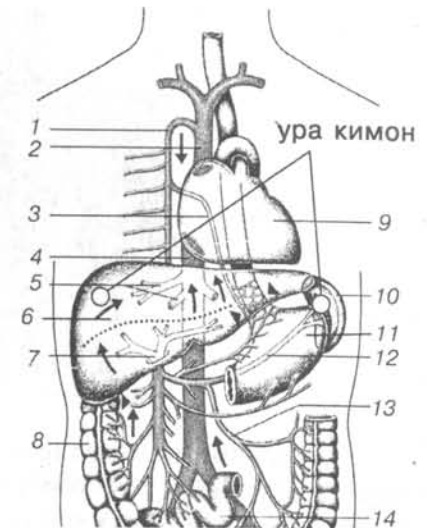
Мышцы спины



30. УРА КИМОН (СНАРУЖИ ДЬЯВОЛ ОТКРЫВАЕТСЯ) — нижние ребра под грудными мышцами

Внутренние органы и вены брюшины

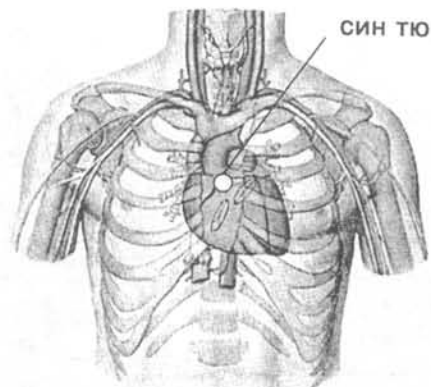
1. Непарная вена. 2. Верхняя полая вена. 3. Полунепарная вена. 4. Нижняя полая вена. 5. Вены печени. 6. Печень. 7. Воротная вена, продолжение верхней брыжеечной вены. 8. Восходящая толстая кишка. 9. Сердце. 10. Селезенка. 11. Желудок. 12. Селезеночная вена. 13. Нижняя брыжеечная вена. 14. Тонкая кишка.



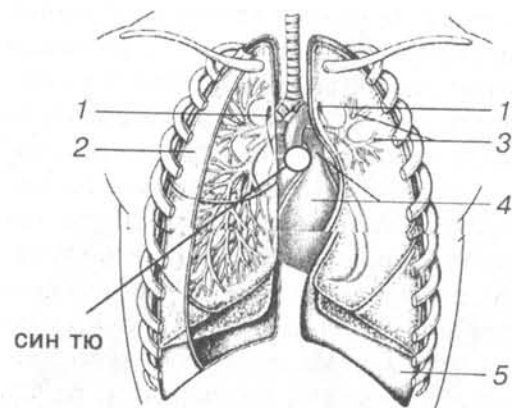
Множественные последствия из-за большого количества жизненно важных органов, расположенных в этой области: селезенка располагается с левой стороны реберной клетки прямо рядом с левой почкой, под диафрагмой, параллельно 9, 10 и 11 ребрам. Главная функция селезенки, на которой мы концентрируем здесь ваше внимание — ее способность действовать в качестве резервуара для стока крови и обеспечивать ее нормальную циркуляцию в соответствии с потребностями организма. При шоке или испуге кровь поступает в селезенку и другие внутренние органы. В нормальном и стрессовом состоянии селезенка частично или полностью заполнена кровью (в соответствии с потребностями окружающих органов или эмоциональной ситуацией). В результате сильного удара происходит разрыв селезенки, сопровождающийся огромным выбросом крови в окружающие ткани и пространство между ними. Возникает критическая ситуация — внутреннее кровоизлияние, опасное для жизни. При несвоевременно оказанной операционной помощи наступает смерть. Перелом ребер с разрывом диафрагмы и почки — начало медленной и мучительной смерти. Наступает шок из-за потери крови, сильная боль из-за удара в левую сторону желудка. Может преобладать разрыв почки с кровотечением, как с переломом, так и без перелома ребер. Гидростатическое давление, возникающее от удара двенадцатого ребра, может вызвать разрыв.

31. СИН ТЮ (ЦЕНТР СЕРДЦА) — середина грудной клетки

Сердце и главные кровеносные сосуды



Концентрированный удар в середину грудной клетки (точка *син тю*) приводит к рефлекторному торможению или, напротив, возбуждению работы сердца (в зависимости от цикла работы сердца и момента удара) и, как следствие, к появлению чувства удушья, потере сознания или болевому шоку с последующим летальным исходом. При переломе грудной кости или близлежащих ребер возможен мгновенный летальный исход за счет травмирования сердца, кровеносных сосудов или легких осколками костей. Наиболее оптимальным считается поражение точки *син тю* на выдохе противника, когда грудная клетка несколько сжимается и расслабляется, облегчая проведение воздействия.

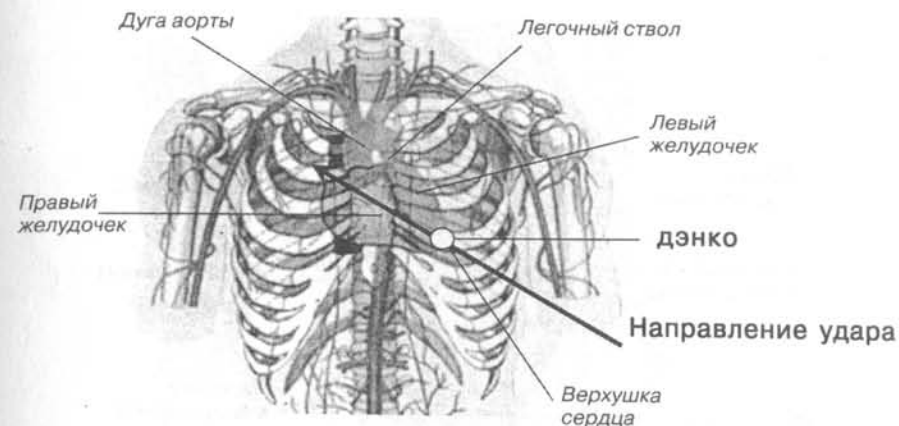


Сердце и легкие

1. Средостение. 2. Реберная плевра. 3. Бронхиальное дерево. 4. Правый желудочек сердца и ствол легочной артерии. 5. Плевральная полость.

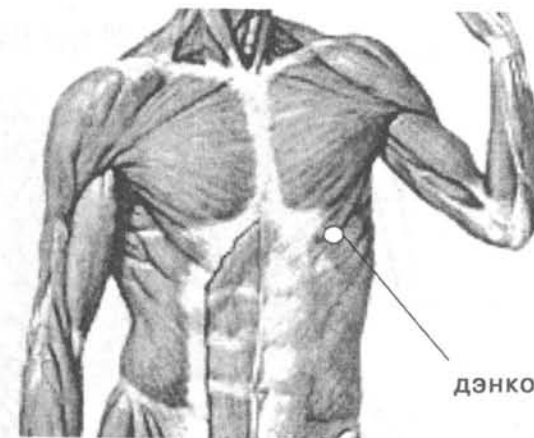
32. ДЭНКО (СЕРДЦЕ) — область сердца

Сердце и главные артерии



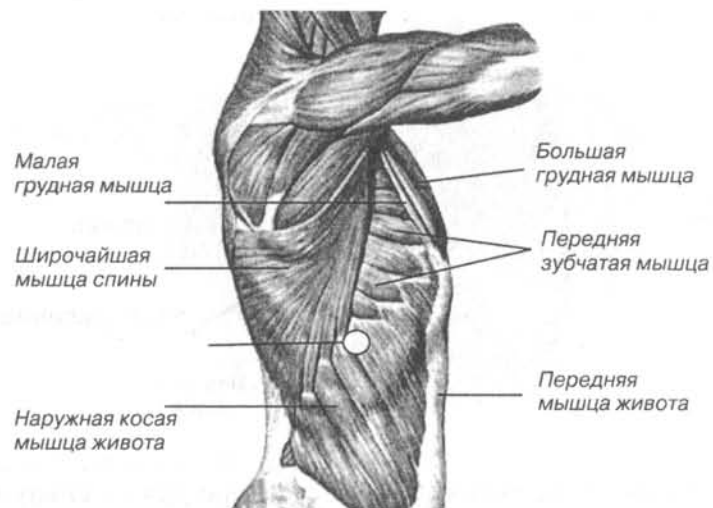
Удар средней силы, направленный слева направо и снизу вверх в область верхушки сердца и левого желудочка, вызывает резкую боль, чувство удушья, рефлекторное снижение деятельности сердца. При сильном ударе — потеря сознания, перелом ребер с повреждением плевры и легких, внутреннее кровотечение, часто — летальный исход. Если удар синхронизирован с дыхательным циклом и ритмом ударов сердца (на выдохе или при максимальном наполнении сердца кровью) — мгновенная смерть из-за разрыва сердца и гемоторакса (наполнения легких кровью и удушья).

Мышцы передней стенки тела



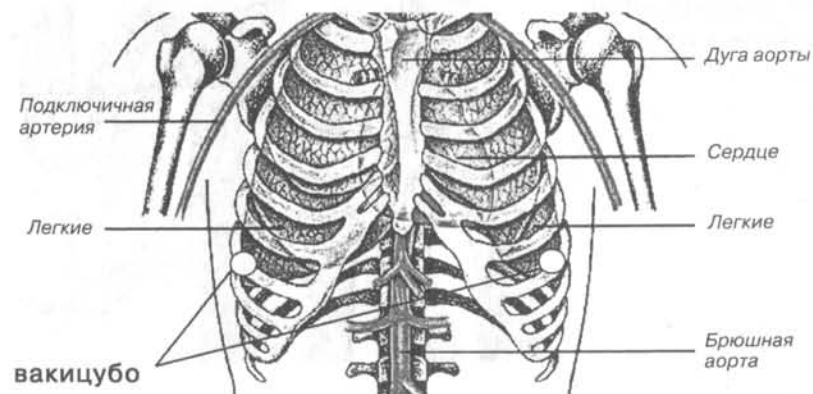
33. ВАКИЦУБО (БОК ТЕЛА) — последние ребра сбоку под руками

Мышцы боковой стороны тела



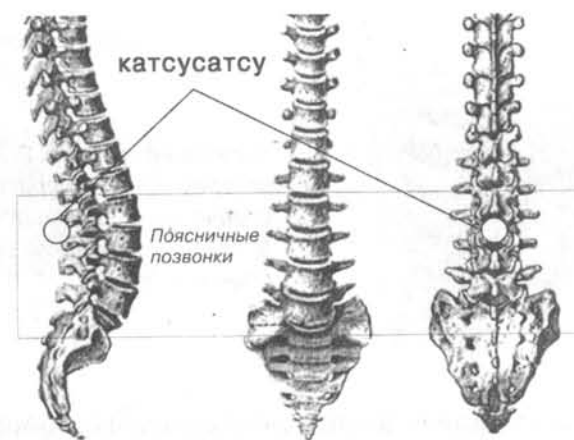
Перелом «зеленой ветки» ребер (т.е. когда линия перелома проходит по середине кости, но она не полностью сломана, а как бы надломанная ветка) — вызовет боль при дыхании, а полный перелом ребра с торчащими концами — приведет к разрыву легочной плевры (оболочки, покрывающей легкие), разрыву легкого и, в результате всего этого, к легочному коллапсу. Кровь в легочной полости (гемоторакс) не будет капливаться, только пока она движется.

Легкие, сердце и артерии



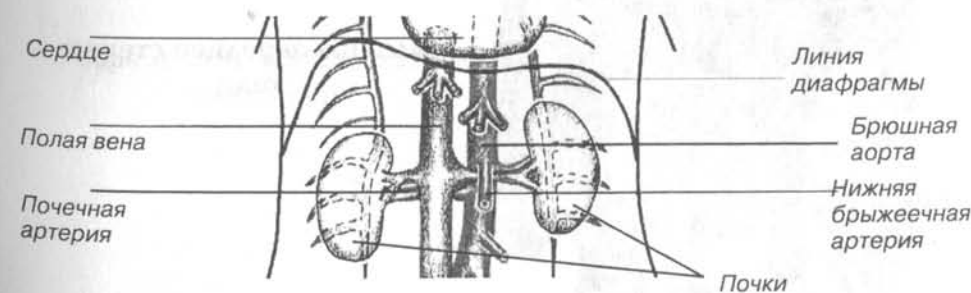
34. КАТСУСАТСУ (ТОЧКА ЖИЗНИ И СМЕРТИ) — позвоночник на уровне поясницы

Позвоночник (урезан шейный и грудной отдел)



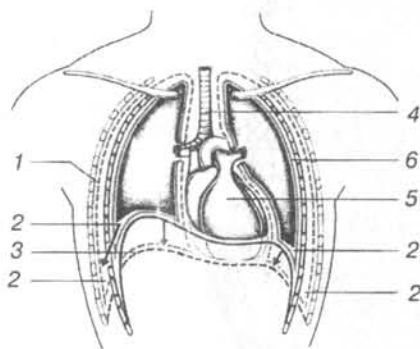
Поражение позвоночника на уровне поясницы приводит к ущемлению нервных узлов симпатической нервной системы, отвечающих за иннервацию нижних конечностей и внутренних органов таза. Резкая боль и чувство внезапного ослабления нижней части тела (рефлекторное припадание) при ударе средней силы. При переломе самым легким последствием может стать временный паралич ног. Если позвонок или его боковые отростки смещаются внутрь и задевают крупные сосуды, плотно прилегающие к позвоночному столбу (брюшная аорта, полая вена), следует мучительная смерть от внутреннего кровотечения.

Крупные кровеносные сосуды на уровне поясницы



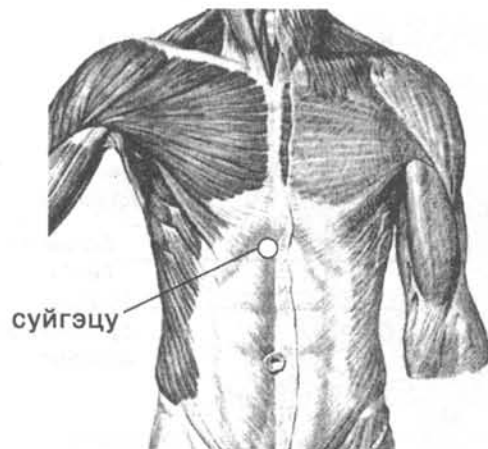
35. СУЙГЭЦУ (ЛУНА НА ВОДЕ) — солнечное сплетение

Диафрагма и внутренние органы (стрелками указано движение диафрагмы во время вдоха и выдоха)



1. Рибная плевра. 2. Дополнительное реберно-диафрагмальное пространство. 3. Диафрагма. 4. Трахея. 5. Правый желудочек сердца. 6. Легочная плевра.

Только легкий удар в нижний отдел передней стороны ребер вызовет небольшое сокращение диафрагмы и межреберных мышц. Основная функция диафрагмы — дыхательная. В стрессовых ситуациях эту функцию берут на себя межреберные мышцы, но они вскоре устают и не справляются с ней полностью. Сильный удар в диафрагму или ребра приведет к расслаблению этих мышц и дыхание на мгновение остановится, т.к. в расслабленном состоянии мышцы выталкивают воздух из легких до тех пор, пока ребра вновь не расправятся для вдоха. Резкий и точный удар, направленный снизу вверх под мечевидный отросток грудины, поражает «солнечное» нервное сплетение, что вызывает рефлекторный легочный спазм и, возможно, остановку сердца.

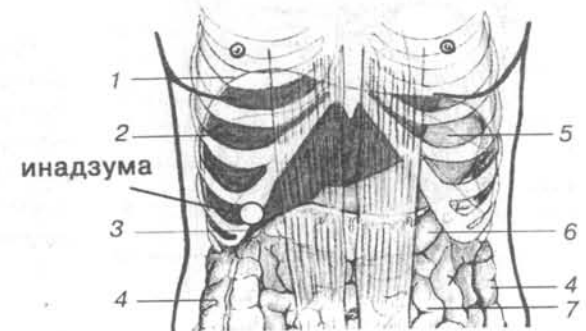


Мышцы передней стенки тела

36. ИНАДЗУМА (МОЛНИЯ) — область печени, «плавающие» ребра 37. КАНДЗО (ОБЛАСТЬ ПЕЧЕНИ СЗАДИ) — сзади на уровне поясницы справа

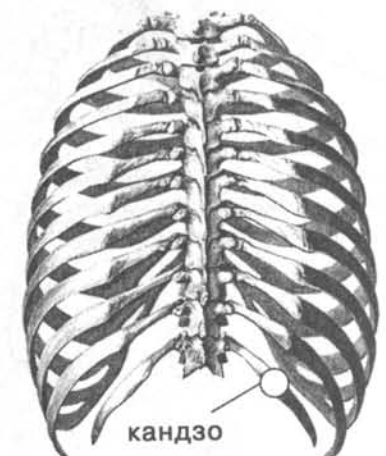
Внутренние органы брюшины

1. Диафрагма. 2. Печень. 3. Желчный пузырь. 4. Восходящая толстая кишка. 5. Желудок. 6. Поперечно-ободочная кишка. 7. Тонкая кишка.



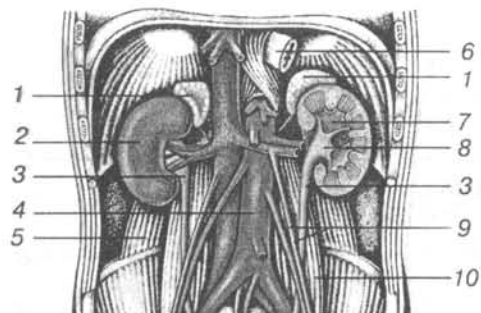
При поражении спереди (точка *инадзума*) — резкая боль, ушиб печени. Мгновенный выброс крови из органа не дает возможности продолжать бой. При сильном ударе сломанные ребра повреждают печень и (или) желчный пузырь. Разрыв печени с внутренним кровотечением вызывает мучительную смерть на протяжении 20-30 минут. Разрыв желчного пузыря приводит к выбросу желчи в брюшную полость и перитониту (воспаление брюшины). Без скорейшего оперативного вмешательства наступает летальный исход. Поражение сзади (точка *кандзо*) вызывает болевой шок и выброс крови из печени. Тяжелые последствия наступают только при очень сильном ударе с переломом ребер.

Ребра и позвоночный столб (вид сзади)



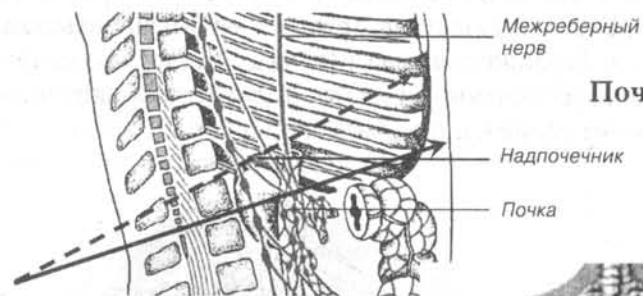
38. ДЗИНДЗО (ПОЧКИ) — с обеих сторон позвоночного столба чуть выше точки КАЦУСАЦУ

Почки и забрюшинное пространство



1. Надпочечник. 2. Почки. 3. Мочеточник. 4. Аорта. 5. Квадратная мышца поясницы. 6. Место впадения пищевода в желудок. 7. Почечные чашечки. 8. Почечная лоханка. 9. Сосуды яичка. 10. Большая поясничная мышца.

Разрыв почки от сломанного ребра — наиболее типичное повреждение в результате такого удара. Возможен перитонит (воспаление брюшины), невыносимая боль и обильное внутреннее кровотечение. В зависимости от угла атаки возможно повреждение надпочечников, что, в свою очередь, вызывает резкий выброс адреналина в кровь и, как следствие, остановку дыхания (удушьё) или рефлекторную остановку сердечной деятельности.



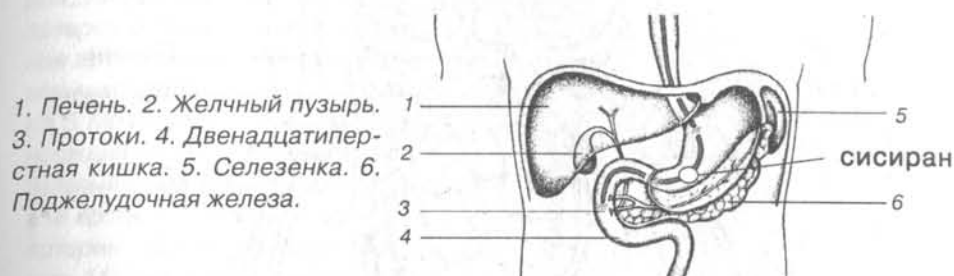
Почки (вид сбоку)

Направление удара:
— поражение почки (сплошная стрелка); — поражение надпочечников (пунктирная стрелка).



39. СИСИРАН (ТИГР ПОРАЖЕН) — желудок

Внутренние органы брюшины

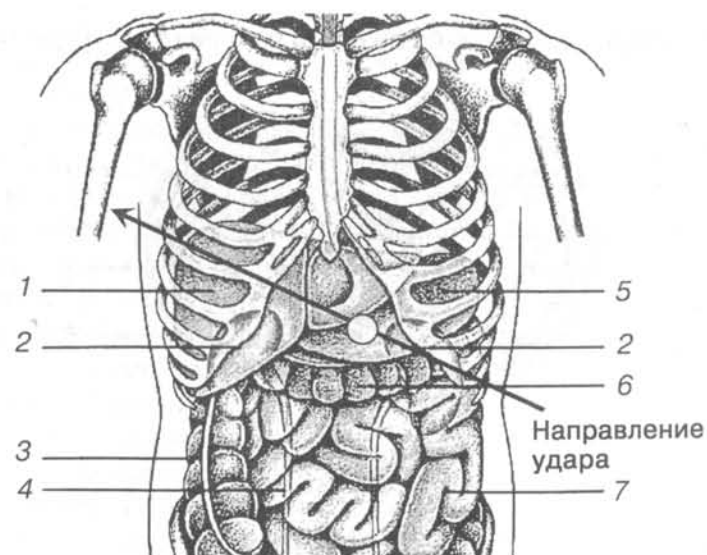


1. Печень. 2. Желчный пузырь. 3. Протоки. 4. Двенадцатиперстная кишка. 5. Селезенка. 6. Поджелудочная железа.

Хорошо сфокусированный удар в желудок вызывает сильную боль, тошноту, резкие рвотные спазмы. От удара средней силы еще долго будет нарушена секреторная деятельность поджелудочной железы, что отразится на пищеварении и состоянии здоровья в целом. Сильный удар в поджелудочную железу может вызвать ее разрыв и, как следствие, летальный исход от шока. Наиболее эффективным является направление удара справа налево вверх — в этом случае поражается максимально большое количество органов.

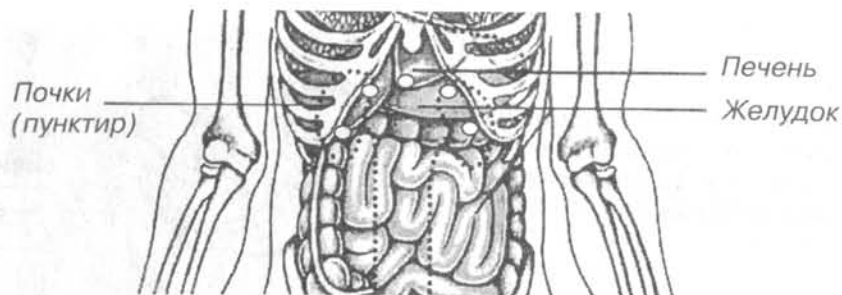
Внутренние органы брюшины

1. Печень. 2. Почки. 3. Двенадцатиперстная кишка. 4. Мочеточник. 5. Желудок. 6. Поджелудочная железа. 7. Кишечник.



40. ГОРИН (ПЯТЬ КОЛЕЦ) — пять точек вокруг центра живота

Внутренние органы брюшины



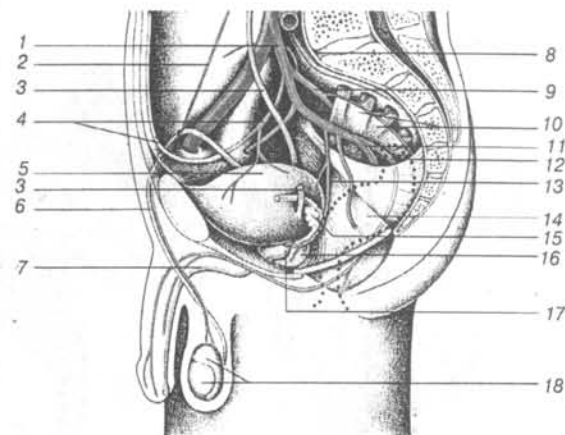
Направление удара может быть различным. Если удар будет направлен в правую сторону тела противника, пострадает печень. Если он направлен в центр солнечного сплетения, пострадает двенадцатиперстная кишка и брюшная аорта, так как она проходит вертикально и плотно прилегает к передней стороне позвоночника. Если удар был достаточно сильным и повредил вену, почти сразу наступает шок и мгновенная смерть. В том случае, когда удар направлен в левую сторону солнечного сплетения, пострадает желудок. Правая нижняя точка направлена на поражение поджелудочной железы. От уровня и силы удара зависит, скольким органам будут нанесены повреждения и их масштабы.

Горизонтальный срез тела человека на уровне брюшной полости



41. КОСЭЙ (СИЛА ТИГРА) — пах и половые органы

1. Внутренняя подвздошная артерия для органов таза. 2. Яичковая артерия. 3. Мочеточник. 4. Пупочная артерия (рудиментарная) и верхняя артерия мочевого пузыря. 5. Мочевой пузырь. 6. Семявыносящий проток. 7. Мочеиспускательный канал. 8. Выступ крестцовой кости. 9. Верхняя ягодичная артерия. 10. Крестцовое сплетение. 11. Нижняя ягодичная артерия. 12. Срамная артерия. 13. Нижняя артерия мочевого пузыря. 14. Поднимающая мышца. 15. Семенной пузырек. 16. Предстательная железа. 17. Сегмент предстательной железы с мочеиспускательным каналом. 18. Яичко с придатком яичка.



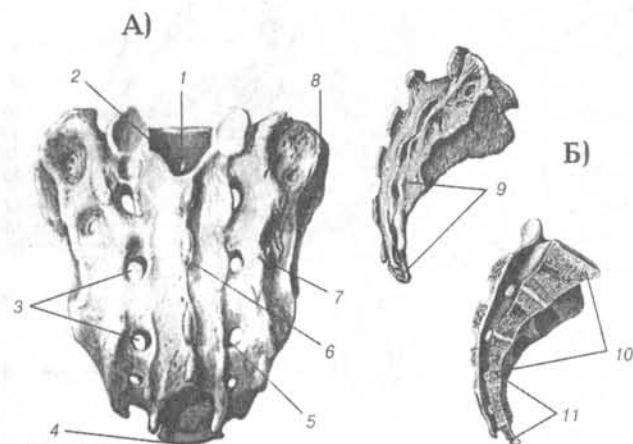
Разрыв мочевого пузыря от удара или от перелома лобковой кости — два основных вида разрушения от удара в область паха. В брюшной полости в изобилии будут кровь и моча, что будет сопровождаться обычно слабостью и сильной болью. Центр лобковой кости — самое слабое и наиболее вероятное место перелома. Неспособность двигаться из-за боли между ногами поставит вашего противника в безвыходное положение.

Разрыв мочевого пузыря в наполненном состоянии подобен небольшому разрыву наполненного воздухом шара, который выпускает свое содержимое — воздух. В данном случае это моча. Сама по себе моча является хорошим дезинфицирующим веществом ввиду наличия в ней большого количества солей и множества других компонентов. Но при попадании ее в организм происходит отравление, так как моча все же является продуктом отходов организма. В силу того, что мочевой пузырь представляет собой очень тонкую кишку, которая постоянно задействована, то восстановление ее операционным путем даже при современных методах лечения довольно сложное дело. Получившие такую травму в большинстве своем приговорены жить со специальными выводными трубками для отвода мочи из организма. Кроме всего прочего, в результате удара могут быть травмированы половые железы (яички) и семенные каналы, что всегда приводит к шоку и, возможно, к смерти, в зависимости от ситуации. Но даже при минимальной травме паховой области — паховая грыжа обеспечена.

42. КОДЭНКО (МАЛЕНЬКОЕ СЕРДЦЕ) — крестец**43. БИТЭЙ (КОПЧИК) —**

на самом конце позвоночника между ягодицами

Крестец и копчик: вид спереди (А); вид сбоку (Б)

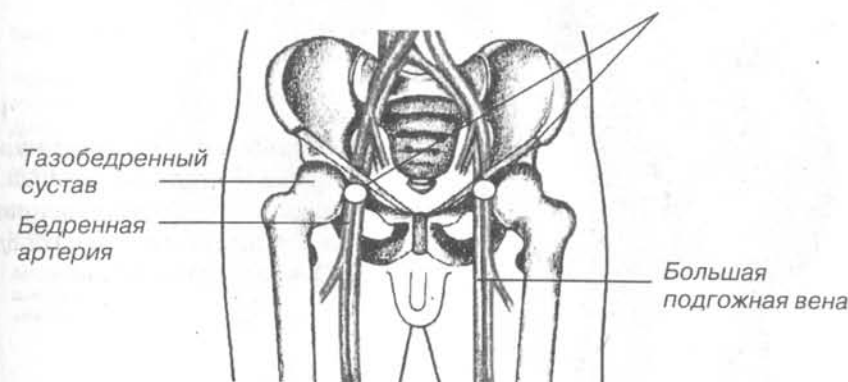


1. Основание. 2. Крестцовый канал. 3. Дорсальные крестцовые отверстия. 4. Верхушка. 5. Промежуточный крестцовый гребень. 6. Средний крестцовый гребень. 7. Латеральный крестцовый гребень. 8. Ушковидная поверхность. 9. Крестцовый кифоз. 10. Крестцовые позвонки. Копчиковые позвонки.

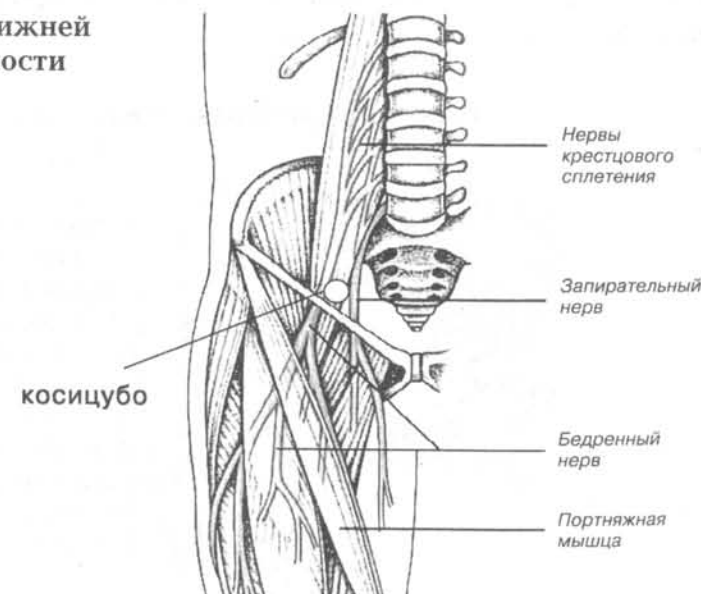
Удар в крестец (точка *кодэнко*) направлен прежде всего на поражение крестцового нервного сплетения, ушиб которого приводит к сильнейшей боли, резкому ослаблению нижних конечностей, дисфункции мочевого пузыря и прямой кишки. Более сильная травма, в сочетании с переломом копчика (точка *битэй*), приводит к потере сознания, временному или необратимому параличу нижних конечностей, также возможна смерть из-за глубокого болевого шока и разрыва спинномозгового ремня в области выхода копчиковых позвонков из верхушки крестца. Наиболее эффективен удар снизу вверх по направлению к центру тела.

**44. КОСИЦУБО (КОТЕЛ БЕДЕР) —**
внутренний гребень костей таза, складка паха

Кости таза, главные артерии и вены

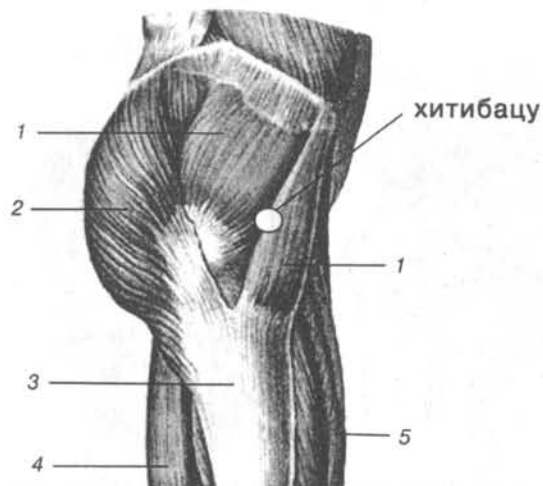


Концентрированный удар кончиком большого, указательного или среднего пальца в точку *косицубо* приводит к резкой боли, онемению, кратковременному или длительному параличу нижних конечностей. Боль носит спазматический характер («сведение» мышц). Повреждение главных кровеносных сосудов, проходящих в этой области, способно вызвать летальный исход за счет обильной потери крови.

Нервы нижней конечности

45. ХИТИБАЦУ (ГОЛОС) — Сбоку бедер

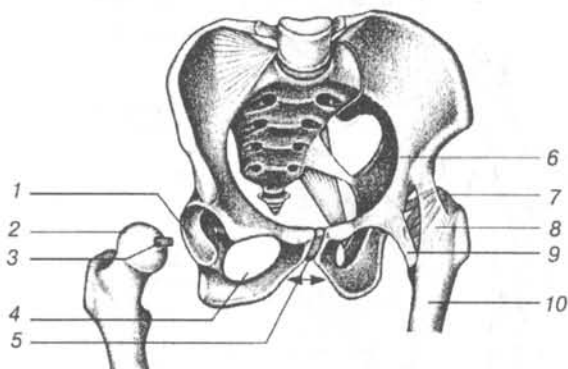
Мышцы боковой части бедра



1. Напрягатель широкой фасции.
2. Большая ягодичная мышца. 3. Подвздошно-большеберцовый тракт. 4. Двуглавая мышца бедра.
5. Прямая мышца бедра.

Резкий удар или глубокое давление в зоне точки *хитибацу* способны вызвать резкую боль, судорогу мышц бедра, рефлекторное спазматическое напряжение (сгибание) ноги и, как следствие, потерю равновесия. Тяжелый удар в данную точку может травмировать тазобедренный сустав с вывихом или переломом, со всеми вытекающими из этого последствиями — от нескольких месяцев обездвиживания до пожизненной инвалидности.

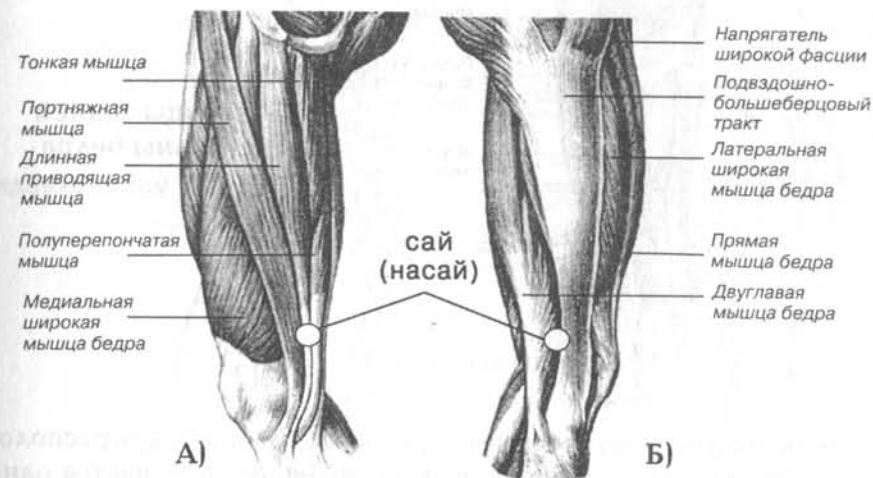
Строение тазобедренного сустава



1. Вертлужная впадина. 2. Головка бедра в тазобедренном суставе. 3. Связка головки бедра. 4. Запирательное отверстие. 5. Лобковое сочленение, симфиз. 6. Верхнее отверстие таза с пограничной линией. 7. Круговая зона. 8. Подвздошно-бедренная связка. 9. Лобково-бедренная связка. 10. Бедренная кость.

46. САЙ, ИЛИ НАСАЙ (НОГА) — изнутри и снаружи середины бедра

Мышцы бедра изнутри (А) и снаружи (Б)



Сильная боль, мышечный спазм, невозможность переноса веса тела на пораженную ногу. От легкого до сильного растяжения в коленном суставе в результате максимального натяжения мышц и связок. В течение некоторого времени любое движение вызывает сильную боль.

Мышцы и нервы бедра



47. УСИРО ИНАДЗУМА (МОЛНИЯ СЗАДИ) — сзади бедра, начиная от ягодиц и до середины мышцы



Мышцы задней
стороны бедра

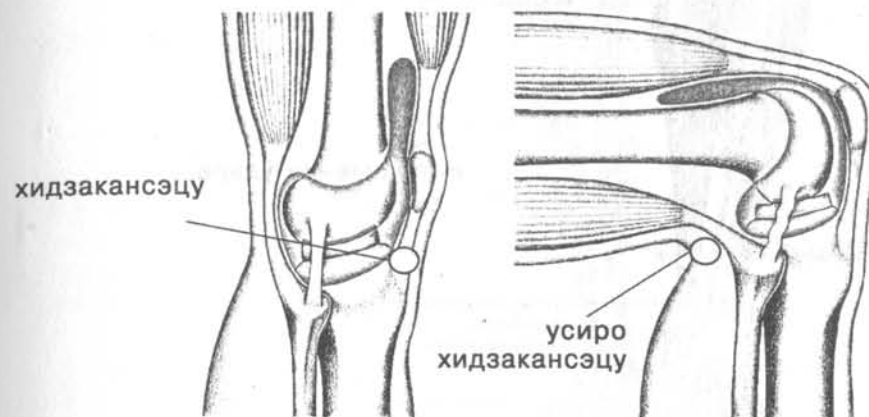
Подколенные кровеносные сосуды и седалищный нерв расположены вместе на задней стороне ноги, поэтому, когда нарушается одно — страдает другое. Порванный кровеносный сосуд и поврежденный нерв могут быть результатом подобного удара. Большая гематома (в месте скопления крови при разрыве сосуда) образуется под кожей и иногда опухоль распространяется на колено. Повреждение нерва вызовет частичный паралич ниже места удара, по меньшей мере, подвижность колена будет резко ухудшена. Когда ударяют по задней стороне ноги, тело рефлекторно отклоняется назад. Мышечное напряжение в колене так велико, что коленные мускулы могут разорваться. Часто мышцы разрывают пополам коленную чашечку.



Нервы и мышцы
задней стороны
бедра

48. ХИДЗАКАНСЭЦУ, УСИРО ХИДЗАКАНСЭЦУ (КОЛЕННЫЙ СУСТАВ) — коленный сустав спереди и сзади

Коленный сустав



Этот удар из тех, что может быть использован, только когда атакующего необходимо вывести из равновесия или он продемонстрировал неудачную попытку исполнения удара ногой. Направление удара — снизу вверх, стремясь поразить в первую очередь связки, удерживающие сустав. Результаты: перелом, возможен шок из-за сильной боли, а также тяжелый мышечный спазм.

Мышцы и связки ноги вокруг коленного сустава

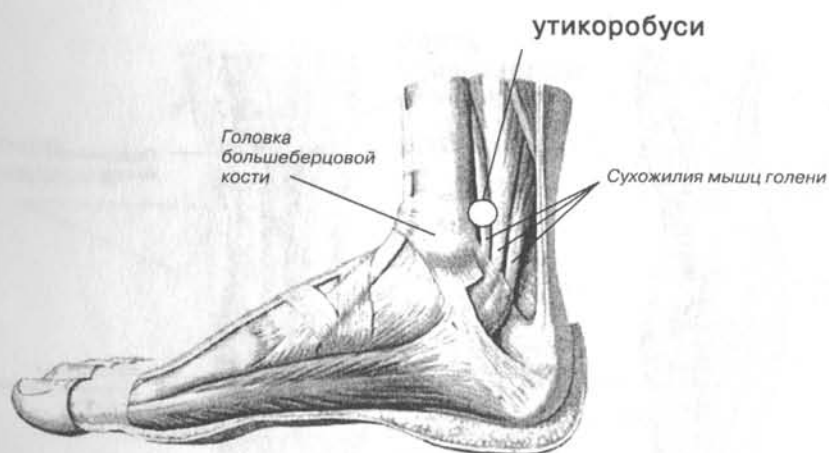


49. УТИКОРОБУСИ (КОСТЬ ГОЛЕНИ ИЗНУТРИ) — чуть выше головки кости голени изнутри



Удар или нажатие на точку *утикоробуси* (в положении, когда противник лежит) локтем или коленом вызывает резкую боль; при сильном ударе надрыв или полный разрыв сухожилия длинного разгибателя большого пальца ноги, раздробление головки кости. Время обездвиживания стопы прямо зависит от силы воздействия.

Стопа (вид изнутри)



50. КОКОЦУ (МАЛЕНЬКАЯ КОСТЬ) — голень изнутри

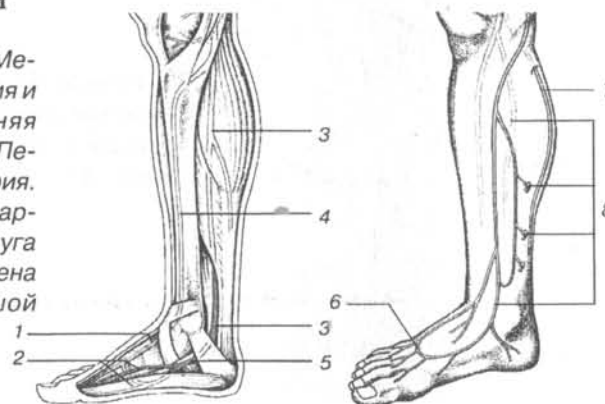
Кости голени



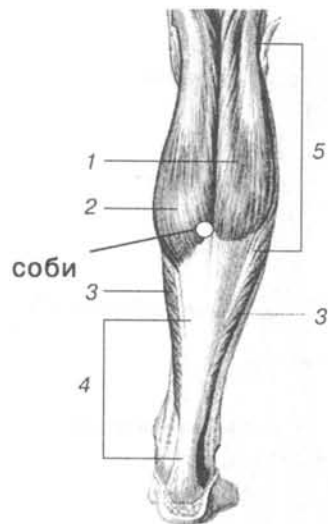
Если удар наносится неподготовленной ногой без обуви (ребром стопы или пяткой), чаще всего он может вызвать резкую боль, сильнейшую гематому или трещину в большеберцовой кости. Однако, если на ноге надета тяжелая обувь, можно легко сломать как большеберцовую, так и малую берцовую кость, в зависимости от угла нанесения удара и прочности костей голени противника. Перелом иногда осложняется тем, что пораженный человек пытается в горячке встать и продолжить бой или убежать. В этом случае происходит поражение тканей осколками костей из-за их смещения, что приводит к внутреннему кровотечению из-за повреждения крупных кровеносных сосудов, проходящих в этой области.

Артерии и вены голени

1. Тыльная артерия стопы.
2. Медиальная подошвенная артерия и подошвенная дуга.
3. Задняя большеберцовая артерия.
4. Передняя большеберцовая артерия.
5. Латеральная подошвенная артерия.
6. Тыльная венозная дуга стопы.
7. Малая подкожная вена ноги.
8. Ответвления большой подкожной вены ноги.



51. СОБИ (ИКРОНОЖНАЯ МЫШЦА) — икроножная мышца



Мышцы задней стороны голени

1. Латеральная головка икроножной мышцы.
2. Медиальная головка икроножной мышцы.
3. Камбаловидная мышца.
4. Пяточное (ахиллово) сухожилие.
5. Икроножная мышца.

Удар носком (пальцами) стопы в основание икроножной мышцы вызывает резкую боль, судорогу всей голени, временный паралич нижней части ноги. Поражение направлено, прежде всего, на большеберцовый нерв и его ответвления — латеральный кожный и медиальный кожный нервы икры и в меньшей степени, на мышцы и сухожилия. Результатом удара, помимо вышеперечисленного, может стать кратковременное рефлекторное «подгибание» ноги («слабость» в ногах), которое может проявлять себя еще некоторое время после первичного оправления от удара.



Нервы задней стороны голени

1. Начало большеберцового нерва.
2. Икроножная мышца (разрез).
3. Большеберцовый нерв.
4. Подошвенные кожные нервы стопы.

52. КИОКЭЙ (ЖЕСТКИЕ НАПРАВЛЕНИЯ) — сверху стопы

Мышцы и сухожилия тыльной стороны стопы

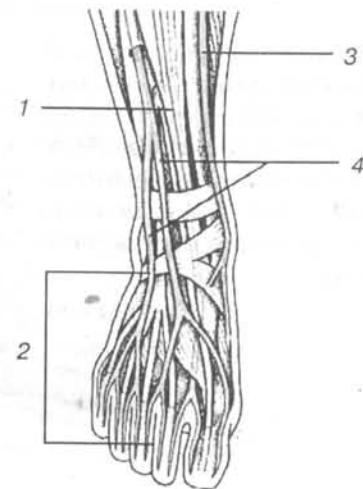
1. Верхний удерживатель сухожилий-разгибателей.
2. Короткий разгибатель пальцев ноги.
3. Сухожилия-разгибатели пальцев ноги.
4. Нижний удерживатель сухожилий-разгибателей.
5. Короткий разгибатель большого пальца ноги.
6. Сухожилие длинного разгибателя большого пальца ноги.



Удар, нанесенный сверху вниз пяткой или каблуком обуви, способен не только вызвать жесточайшую боль, онемение и судороги в стопе и пальцах ноги, но и порвать сухожилия-разгибатели пальцев, надорвать мышцы и раздробить кости стопы. Подобная травма может привести к инвалидности на всю жизнь (человек не сможет нормально передвигаться, сильно хромая и чувствуя боль в ноге при каждом шаге). Самым тяжелым может стать полный паралич стопы вследствие необратимого поражения ответвлений малоберцовых нервов (их разрыва).

Нервы тыльной стороны стопы

1. Глубокий малоберцовый нерв.
2. Тыльные кожные нервы стопы.
3. Подкожный нерв.
4. Поверхностный малоберцовый нерв.



53. АКИРЭСУКЭН (АХИЛЛОВО СУХОЖИЛИЕ) — прямо над пяткой



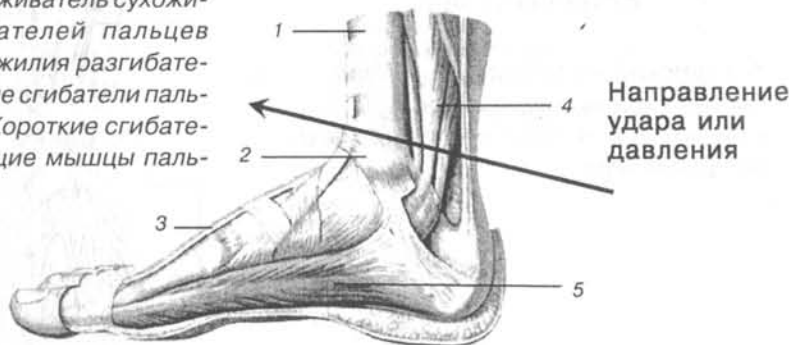
Мышцы и сухожилия
голеностопа: вид сзади (А);
вид сбоку (Б)

1. Икроножная мышца. 2. Пяточное (ахиллово) сухожилие. 3. Короткая малоберцовая мышца. 4. Длинная малоберцовая мышца.

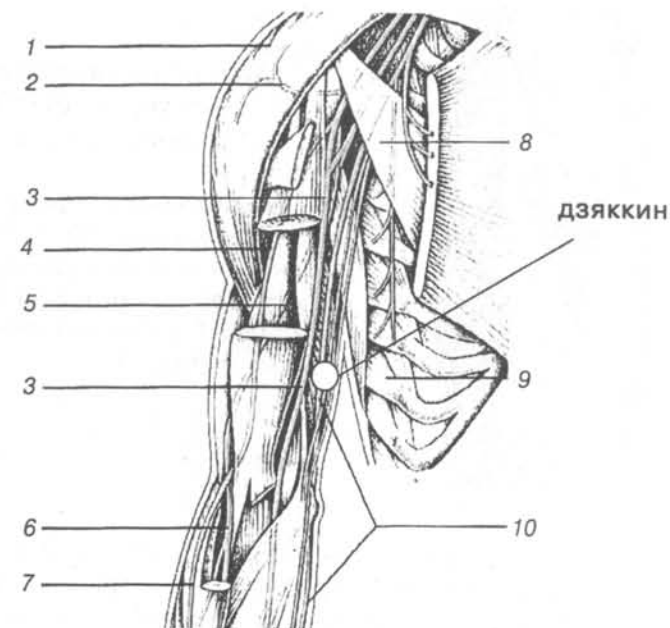
Растянутая лодыжка будет наименьшей травмой при ударе. Частично или полностью рвутся связки, сухожилия и мышцы. Иногда вследствие проводимого болевого приема (ущемления или растягивания) они натягиваются до предела и тем самым вызывают острую сильнейшую боль при малейшем продолжении давления, что можно с успехом использовать для подчинения противника и прекращения сопротивления. Дальнейшее проведение подобных приемов приводит к разрыву сухожилий и, как следствие, параличу стопы.

Мышцы, кости и сухожилия стопы

1. Большеберцовая кость. 2. Нижний удерживатель сухожилий разгибателей пальцев ноги. 3. Сухожилия разгибателей. 4. Длинные сгибатели пальцев ноги. 5. Короткие сгибатели и отводящие мышцы пальцев ноги.



54. ДЗЯККИН (СЛАБАЯ МЫШЦА) — в верхней части руки между костью и мышцей

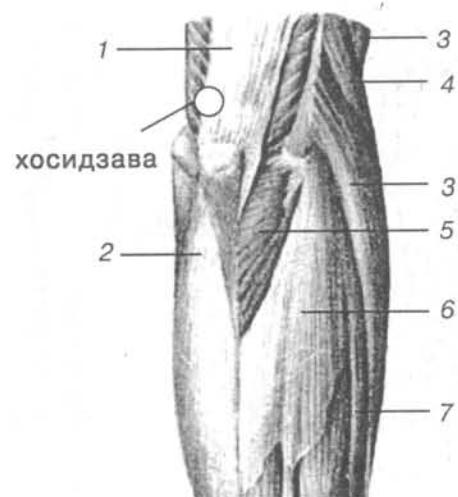


Нервы верхней части руки

1. Дельтовидная мышца. 2. Подмышечный нерв. 3. Срединный нерв. 4. Мышечно-кожный нерв. 5. Лучевой нерв. 6. Лучевой (радиальный) нерв. 7. Кожная ветвь мышечно-кожного нерва, обеспечивающая иннервацию предплечья. 8. Малая грудная мышца. 9. Передняя зубчатая мышца. 10. Локтевой нерв.

Воздействие на точку дзяккин сильным нажатием пальцев или концентрированным ударом руки или ноги (для удара используется минимальная ударная поверхность — кончики пальцев рук и ног) вызывает резкую боль и онемение в плече, предплечье, пальцах — как вместе, так и избирательно. Обширную гематому вызывает поражение крупных кровеносных сосудов. После удара или очень сильного нажатия может наступить временный или необратимый паралич различных частей руки за счет одновременного травмирующего воздействия на срединный, локтевой и некоторые другие нервы верхней конечности. При сильном наступающем ударе ногой в обуви на область точки (при лежащем положении противника) страдают мышцы и крупные кровяные сосуды, возможна трещина или перелом плечевой кости.

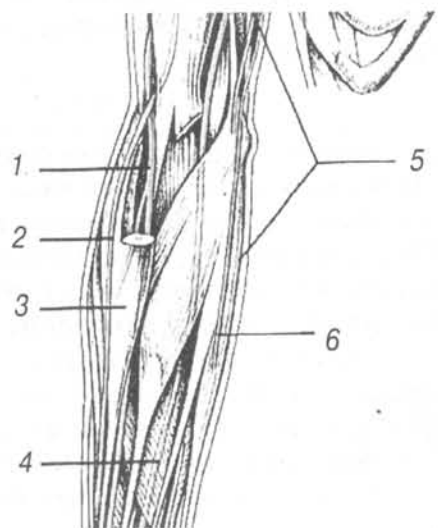
55. ХОСИДЗАВА (УТЕС ПОД ЗВЕЗДАМИ) — точка «шок» чуть выше локтевого сустава



Мышцы и связки вокруг локтевого сустава с внешней стороны

1. Трехглавая мышца плеча.
2. Локтевой разгибатель запястья.
3. Супинатор.
4. Длинный лучевой разгибатель запястья.
5. Локтевая мышца.
6. Разгибатель пальцев.
7. Короткий лучевой разгибатель запястья.

В первой фазе — при надавливании — происходит кратковременный паралич руки, при усилении воздействия — травмирование локтевого нерва и локтевого сустава (вследствие удара), что может повлечь за собой смещение суставной сумки. При дальнейшем усилии, путем выкручивания руки противника, возникает угроза вывиха плечевого сустава, которая может вызвать временную потерю сознания, сильную острую боль и невозможность дальнейшего сопротивления.



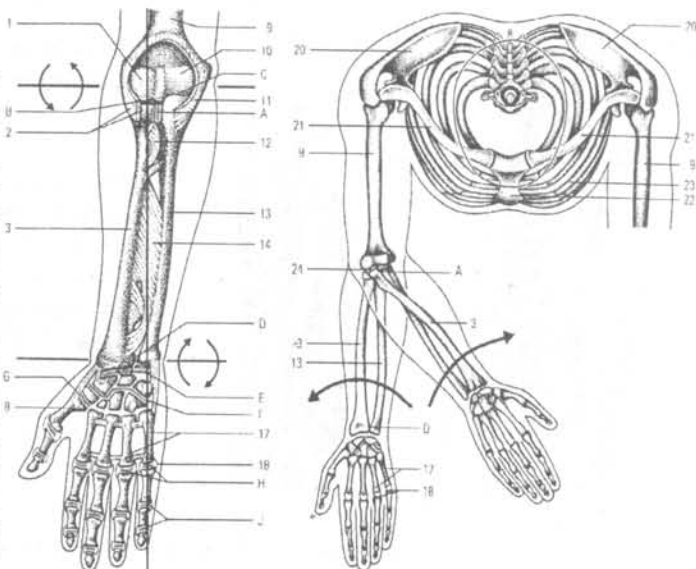
Нервы вокруг локтевого сустава

1. Лучевой (радиальный) нерв, делится на две ветви.
2. Кожная ветвь мышечно-кожного нерва, обеспечивающая иннервацию предплечья.
3. Плечелучевая мышца.
4. Срединный нерв.
5. Локтевой нерв.
6. Медиальный кожный нерв предплечья.

56. УДЭКАНСЭЦУ (СУСТАВ РУКИ) — область под локтем

Суставы руки

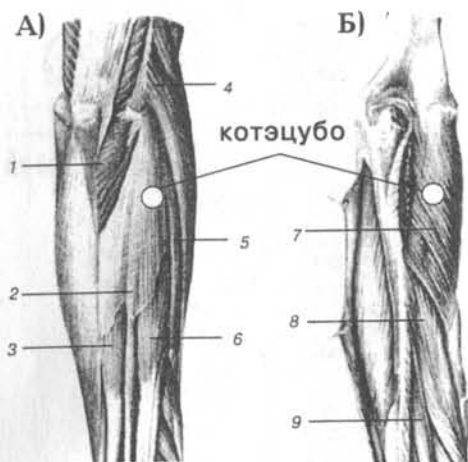
1. Головчатое возвышение плечевой кости.
2. Головка лучевой кости с лучевой кольцевидной связкой.
3. Лучевая кость.
4. Квадратный пронатор.
5. Сухожилие мышцы, приводящей кисть к лучевой кости.
6. Сухожилие мышцы-разгибателя и отводящей мышцы большого пальца кисти.
7. Седловидный сустав большого пальца.
8. Пястная кость большого пальца.
9. Плечевая кость.
10. Блок плечевой кости.
11. Локтевая боковая связка.
12. Сухожилие двуглавой мышцы плеча (под ним находится слизистая сумка).
13. Локоть.
14. Соединительнотканная мембрана между локтевой и лучевой костью.
15. Сухожилие сгибателя; здесь прощупывается гороховидная кость.
16. Запястье.
17. Кость пясти.
18. Основные суставы пальцев кисти.
19. Пальцы с сухожилиями обоих сгибателей пальца.
20. Лопатка.
21. Ключица.
22. Грудина.
23. Грудная клетка.
24. Локтевой сустав.
25. Мышцы-сгибатели предплечья.
26. Мышцы-разгибатели предплечья.
27. Лучезапястный сустав.
28. Головка лучевой кости.



Локтевой сустав состоит из трех частей: А — проксимальный вращательный, одноосевой; В — плечелучевой сустав: с анатомической точки зрения трехосный шаровый сустав; с функциональной точки зрения органичен до двух осей; С — плечелоктевой: одноосевой шарнирный сустав. Лучелоктевые суставы служат для вращательных движений предплечья вокруг косой продольной оси (пронация — вращение внутрь, супинация — вращение наружу): А — верхний (проксимальный) лучелоктевой сустав, располагается посередине предплечья (проксимально) в локтевом суставе; D — нижний (дистальный), или лучелоктевой сустав, расположен дальше от туловища (дистально) на границе с суставами кисти. Суставы кисти: E — лучезапястный сустав: двухосный эллипсоидный сустав; F — межзапястный сустав: возможны только движения, поднимающие кисть. Суставы пальцев: G — седловидный сустав большого: двухосный сустав; H — основные суставы пальцев: трехосные шаровидные суставы; прочные латеральные связки функционально ограничивают движения (возможны лишь по двум осям); J — межфаланговые суставы кисти: одноосевые шарнирные суставы.

Отключение суставов в бою имеет огромное значение в преодолении сопротивления противника. В нашем случае результат травмирования сустава локтя пропорционально зависит от прилагаемого усилия в момент воздействия на него. Результатом такого воздействия может быть широкий спектр травм. В любом случае травма — перелом суставной сумки локтевого сгиба присутствует всегда, а в зависимости от возможного смещения осколков костей, как результат — разрыв кровеносных сосудов. Хотя последние довольно эластичны и могут растягиваться, как и нити сухожилий, но при резком изменении их форма не способна так быстро отреагировать на него, в результате чего и происходит разрыв.

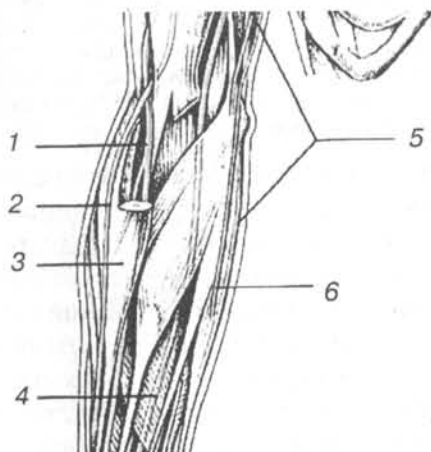
57. КОТЭЦУБО (ТОЧКА ПРЕДПЛЕЧЬЯ) — радиальный нерв в верхней части предплечья



Мышцы внешней части предплечья: поверхностные(А), глубокие (Б)

1. Локтевая мышца. 2. Разгибатель мизинца. 3. Локтевой разгибатель запястья. 4. Длинный лучевой разгибатель запястья. 5. Короткий лучевой разгибатель запястья. 6. Разгибатель пальцев. 7. Супинатор. 8. Длинная мышца, отводящая большой палец руки. 9. Длинный разгибатель большого пальца.

Поражение точки *котэцубо* коротким и резким ударом или точным нажатием пальцев направлено, прежде всего, на лучевой (радиальный) нерв предплечья, а также на основание мышц-разгибателей пальцев и запястья. В результате подобного воздействия противник чувствует резкую боль, онемение предплечья, запястья и пальцев руки, а также непроизвольно разжимает (в крайнем случае, ослабляет) хват или роняет предмет, который он удерживал до тех пор (чаще всего, оружие). При очень сильном ударе возможен разрыв мышц с обширной гематомой и временный частичный паралич (невозможность сжать пальцы) руки.



Нервы предплечья

1. Лучевой (радиальный) нерв, делится на две ветви. 2. Кожная ветвь мышечно-кожного нерва, обеспечивающая иннервацию предплечья. 3. Плечелучевая мышца. 4. Срединный нерв. 5. Локтевой нерв. 6. Медиальный кожный нерв предплечья.

58. УТИЯКУДЗАВА, ИЛИ МИЯКУДОКОРО (ВНУТРЕННИЙ СКЛОН УТЕСА) — у сгиба запястья изнутри 59. СОТОЯКУДЗАВА (ВНЕШНИЙ СКЛОН УТЕСА) — у сгиба запястья снаружи

Мышцы и связки запястья

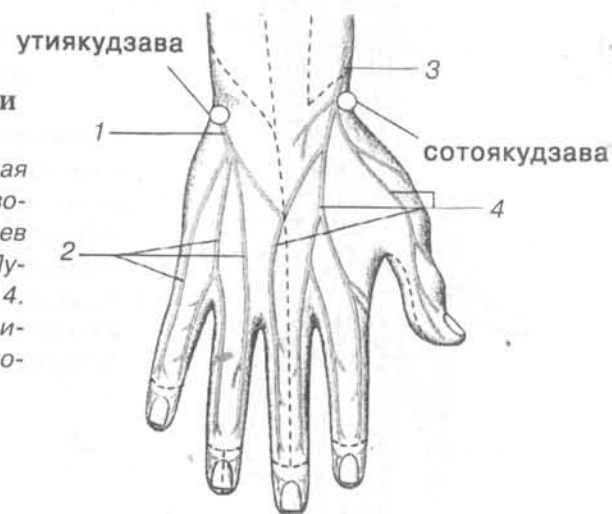
1. Мышца, противопоставляющая мизинец. 2. Сухожилия разгибатели пальцев. 3. Тыльные межкостные мышцы.



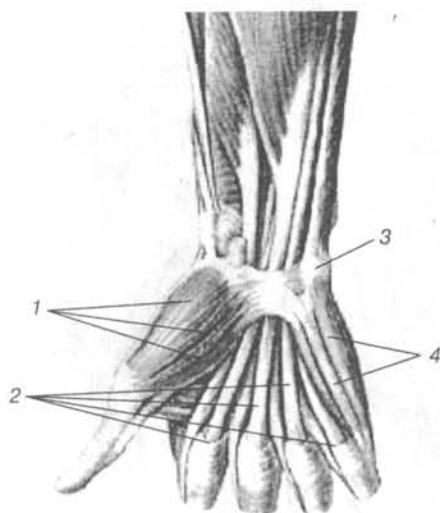
Удар (чаще всего при блокировании) или сильное нажатие на точки у сгиба запястья направлены на поражение локтевого и лучевого нервов соответственно и вызывают резкую боль, рефлекторный спазм мышц запястья и пальцев, их временный паралич. Также возможна серьезная травма сустава.

Нервы запястья и кисти

1. Локтевой нерв (дорсальная ветвь). 2. Кожная ветвь локтевого нерва (для полутора пальцев на дорсальной стороне). 3. Лучевой (радиальный) нерв. 4. Кожная ветвь лучевого (радиального) нерва (для двух с половиной пальцев).



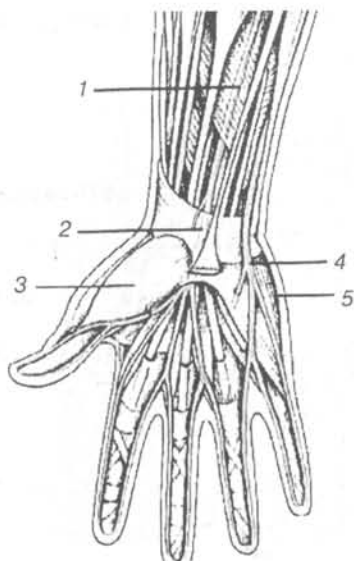
60. КОТЭ (ПРЕДПЛЕЧЬЕ) — головка локтевой кости



Мышцы и связки внутренней стороны кисти руки

1. Мышца-сгибатель, отводящая и приводящая мышцы большого пальца.
2. Сухожилия-сгибатели пальцев руки.
3. Головка локтевой кости (точка котэ).
4. Мышца-сгибатель и отводящая мышца мизинца.

Сильный удар по головке локтевой кости способен надолго вывести из строя руку противника. При ударе ощущается нестерпимая боль, происходит повреждение связок и кровеносных сосудов осколками раздробленной кости или хряща, возможен болевой шок и судороги в руке за счет сильного воздействия на локтевой нерв, ущемляемый при ударе по точке *котэ*.



Нервы и мышцы ладони и запястья

1. Срединный нерв. 2. Срединный нерв в карпальном туннеле. Кожные ответвления, идущие к первым трем с половиной пальцам.
3. Мышцы бугра у основания большого пальца.
4. Локтевой нерв. Разделение на кожные ветви, ведущие к 4-му и 5-му пальцам (полтора пальца).
5. Мышцы возвышения мизинца.

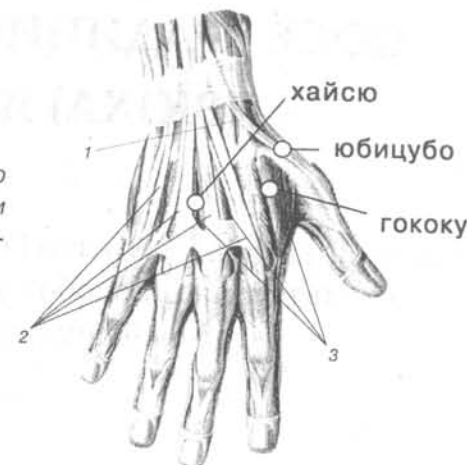
61. ЮБИЦУБО (ПАЛЬЦЕВОЙ КОТЕЛ) — основание большого пальца

62. ГОКОКУ (ПЯТЬ НАПРАВЛЕНИЙ) — точка в ямке между большим и указательным пальцем

63. ХАЙСЮ (ЛАДОНЬ СНАРУЖИ) — внешняя сторона кисти руки

Мышцы и связки запястья

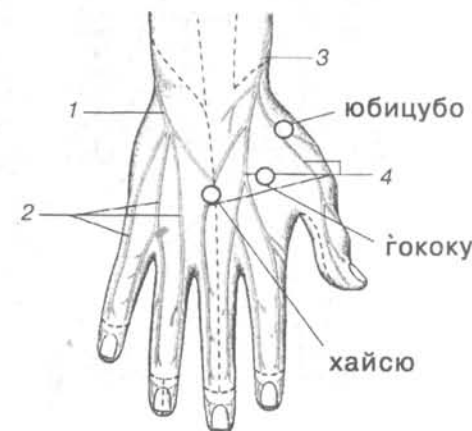
1. Сухожилие-разгибатель большого пальца.
2. Сухожилия-разгибатели пальцев руки.
3. Тильные межкостные мышцы.



Данная травма выводит руку противника из строя, делая его более безопасным. Резкая шокирующая боль при поражении любой из точек. В каждом конкретном случае возникает своя типичная травма: перелом пястных костей (точки *хайсю* и *юбицубо*), разрыв связок и возможно кровеносных сосудов (*юбицубо* и *гококу*), так как в момент резкого воздействия они не в состоянии растянуться. Все зависит от силы воздействия на кости, связки и мышцы. Сильная боль, невозможность сжать пальцы (в особенности большой палец), возможна временная потеря сознания.

Нервы запястья и кисти

1. Локтевой нерв (дорсальная ветвь).
2. Кожная ветвь локтевого нерва (для полутора пальцев на дорсальной стороне).
3. Лучевой (радиальный) нерв.
4. Кожная ветвь лучевого (радиального) нерва (для двух с половиной пальцев).



Приложение 1

ФУДЗИТА СЭЙКО КЮСЁ ТРАДИЦИОННЫХ ШКОЛ (РЮХА) ЯПОНИИ

из книги Фудзита С. «Кэнпо Гокуи Саккацу Хо Мэйкай» —
«Разъяснение способов убийства и реанимации,
главнейших секретов кэмпо»

Таблица 1. Сэйго рю кюсё

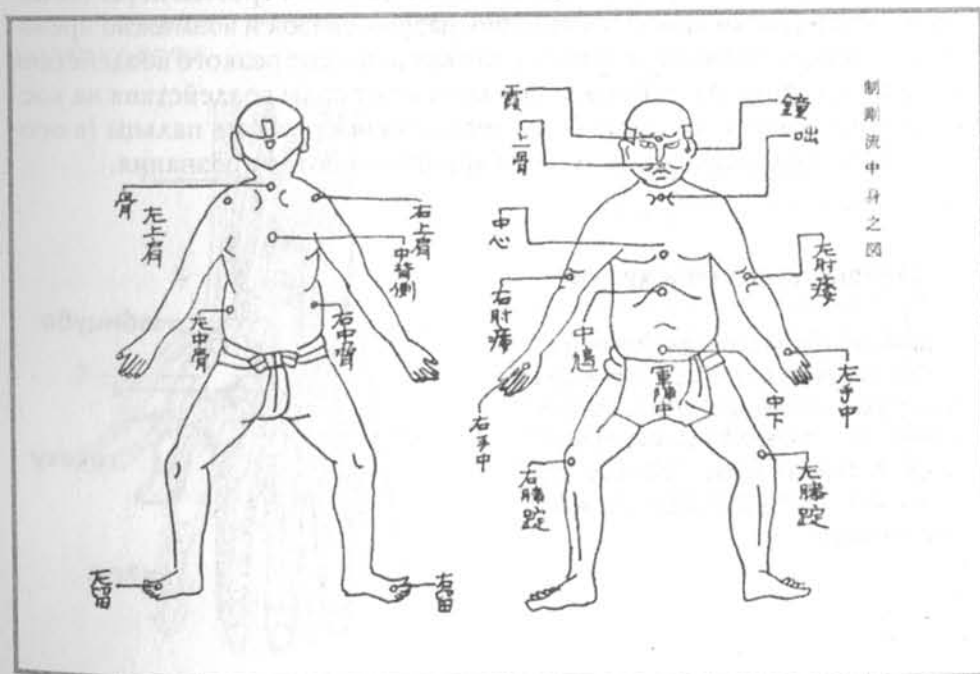


Таблица 2. Такэноути рю кюсё

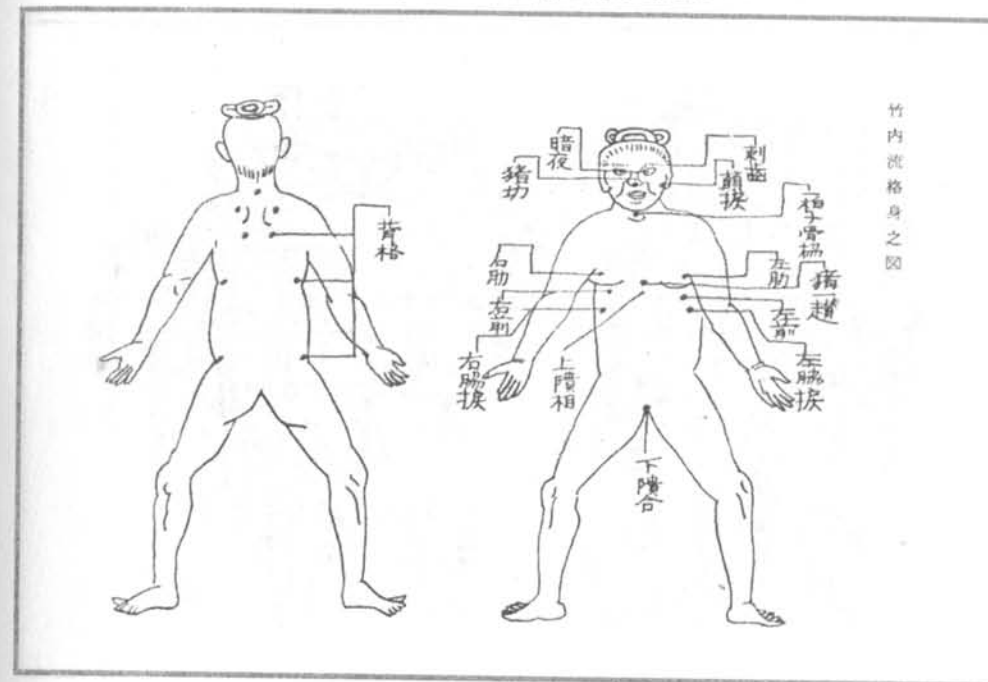


Таблица 3. Мугаи рю кюсё

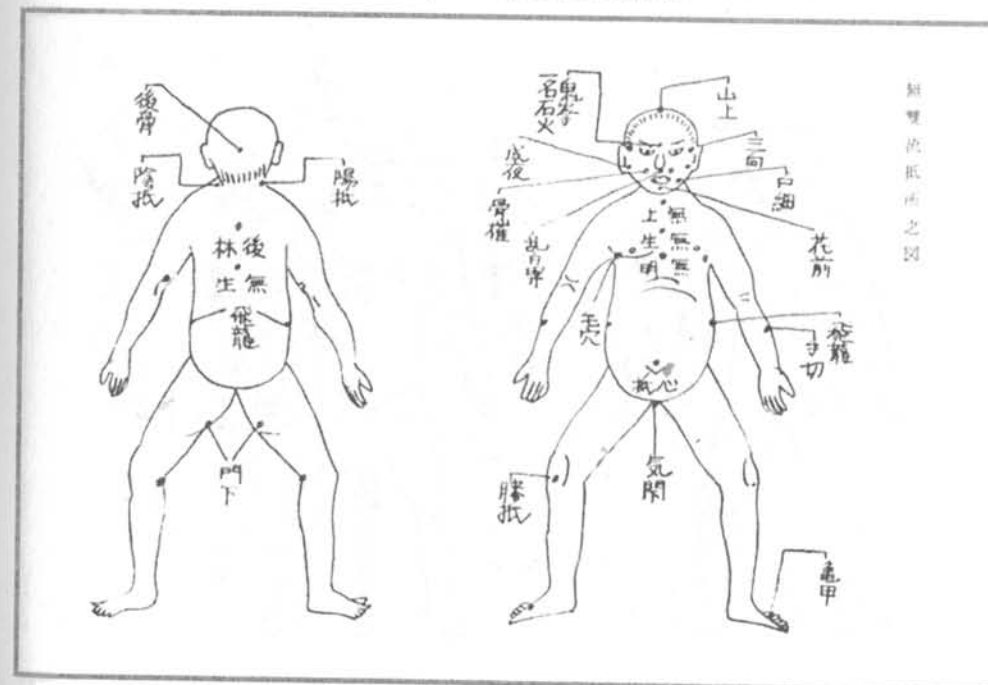


Таблица 4. Синсин рю кюсё (вариант 1)

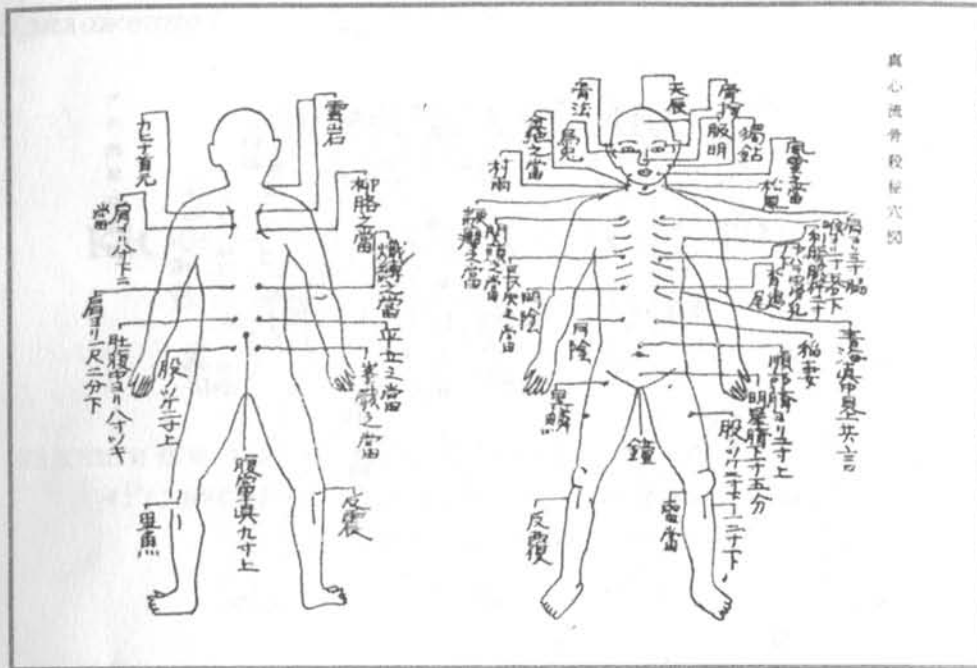


Таблица 5. Синсин рю кюсё (вариант 2)

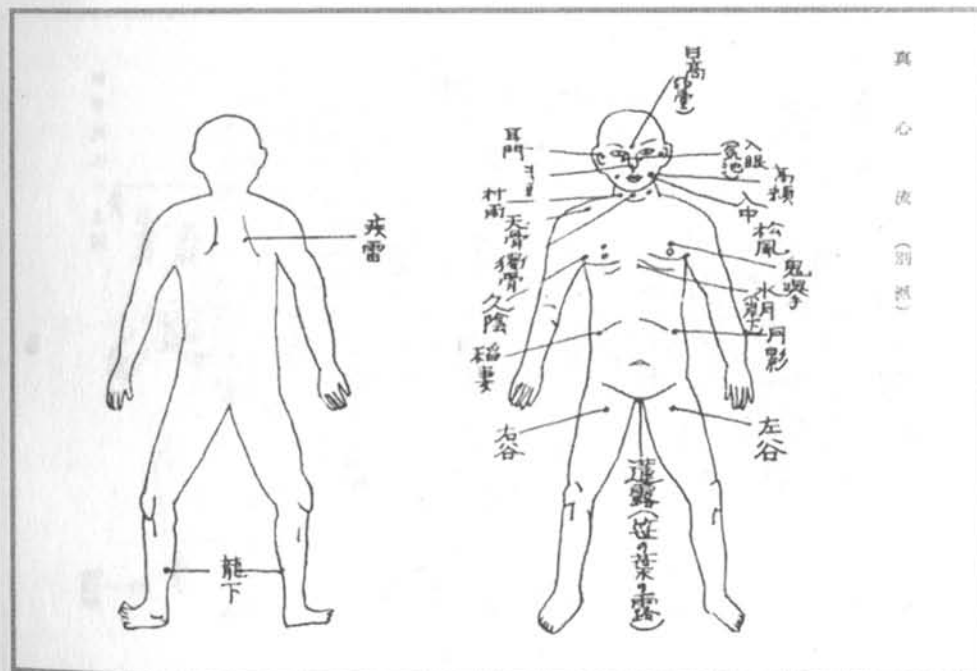


Таблица 6. Син но синдо рю кюсё (вариант 1)

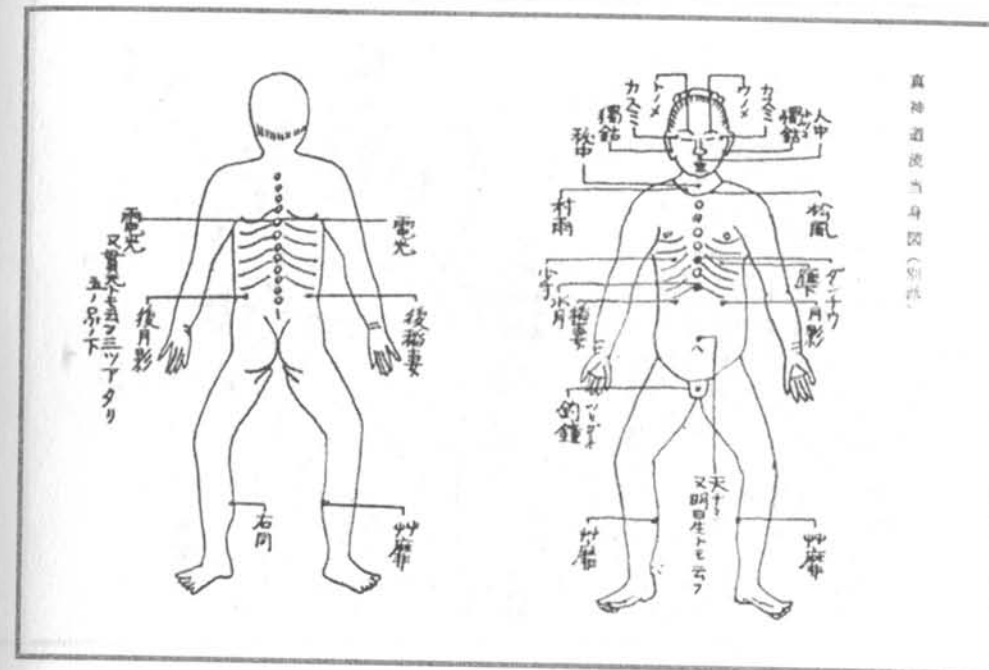


Таблица 7. Син но синдо рю кюсё (вариант 2)

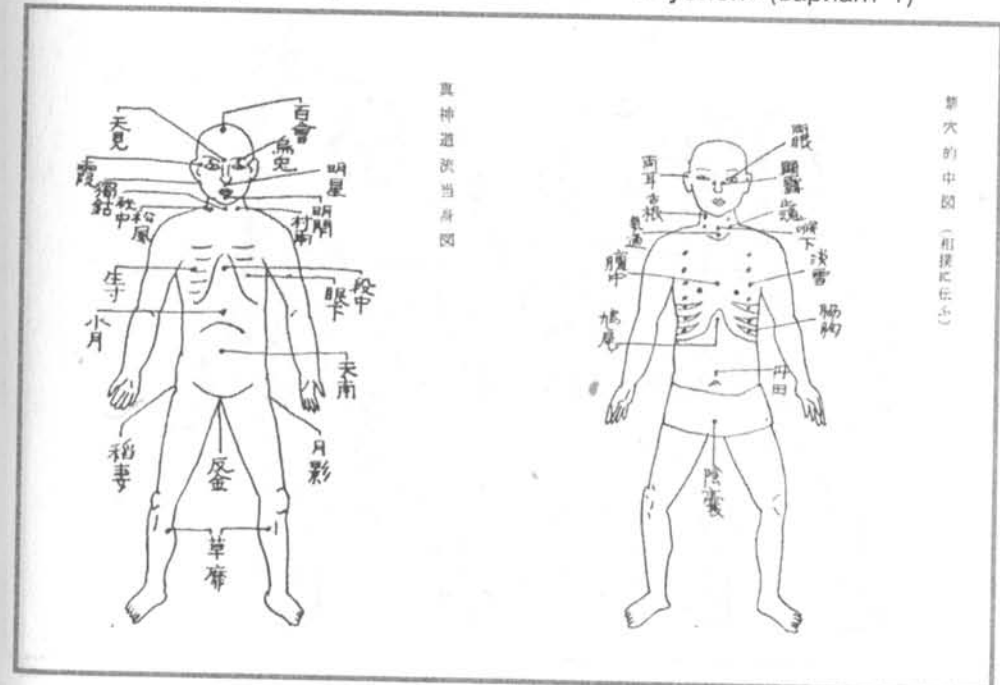


Таблица 8. Кюсё из трактата «Бубиси» (вариант 1)

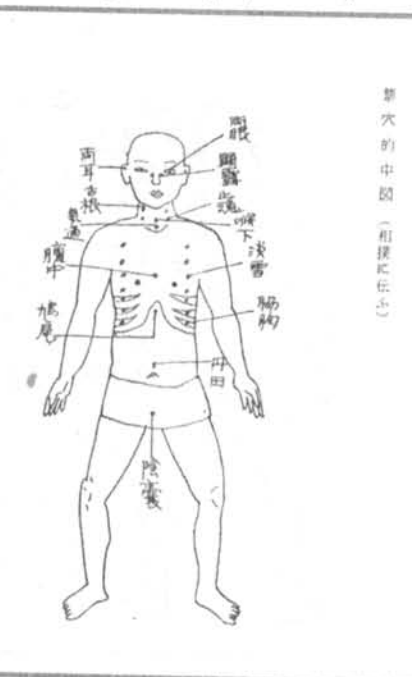


Таблица 9. Кюсё из трактата «Бубиси» (вариант 2)

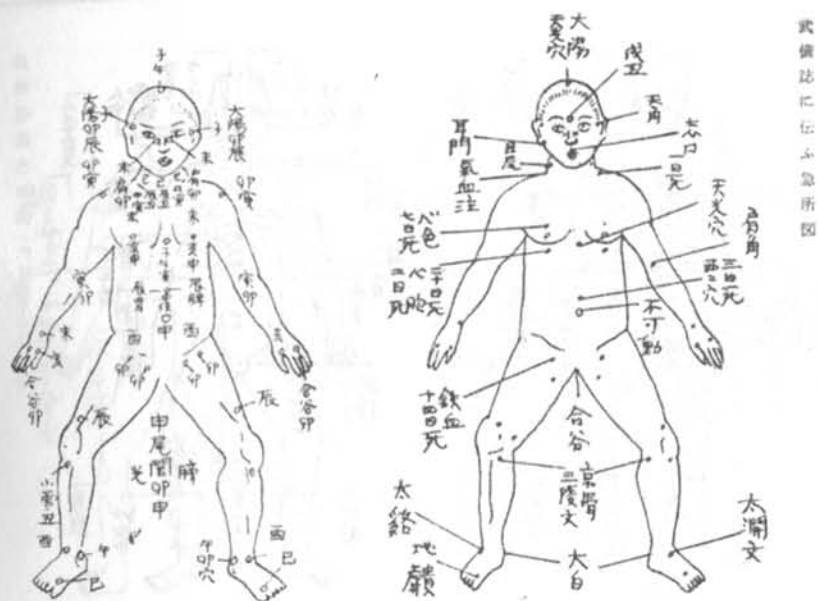


Таблица 10. Тода рю, Кираку рю кюсё

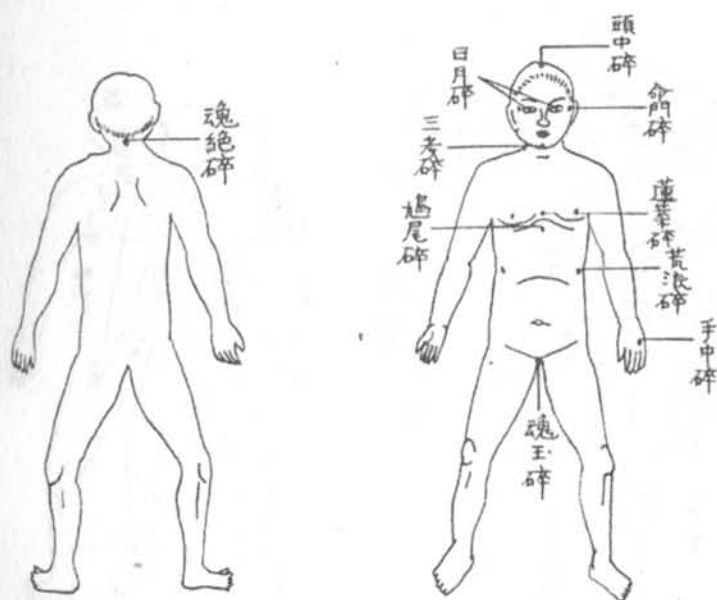


Таблица 11. Сэкигути Синсин рю кюсё

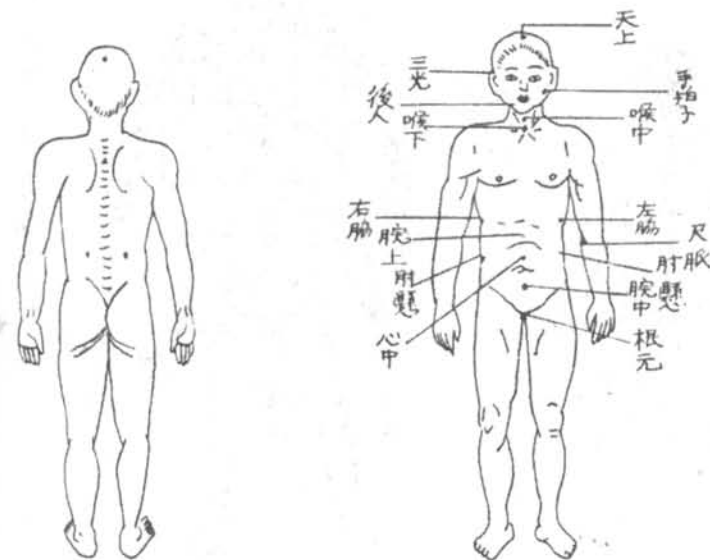


Таблица 12. Синто рокуго рю кюсё

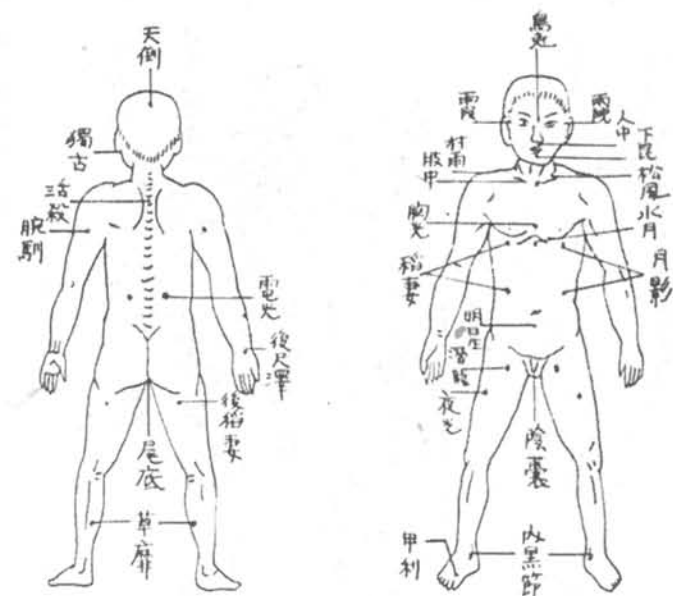


Таблица 13. Йосин рю кюсё

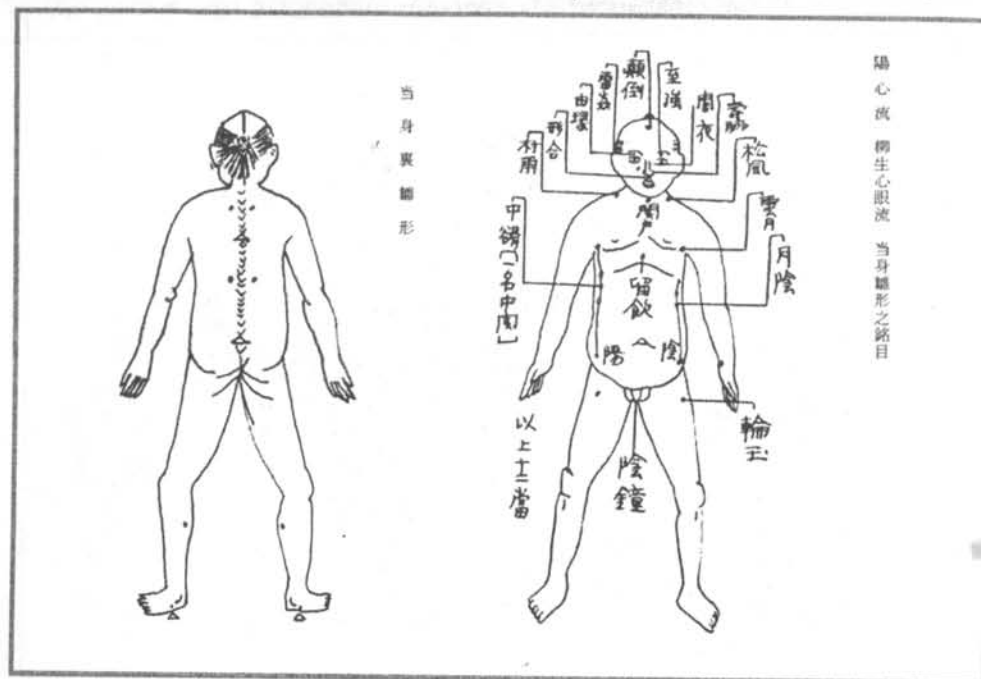


Таблица 14. Кюсин рю кюсё

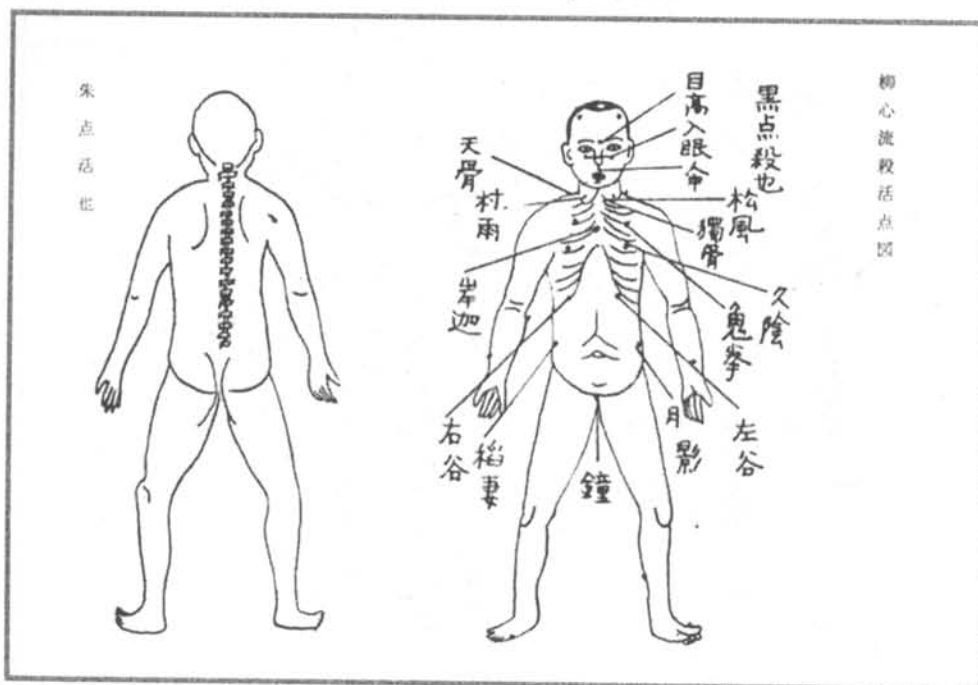


Таблица 15. Кито рю кюсё

Таблица 16. Исэй рю кюсё

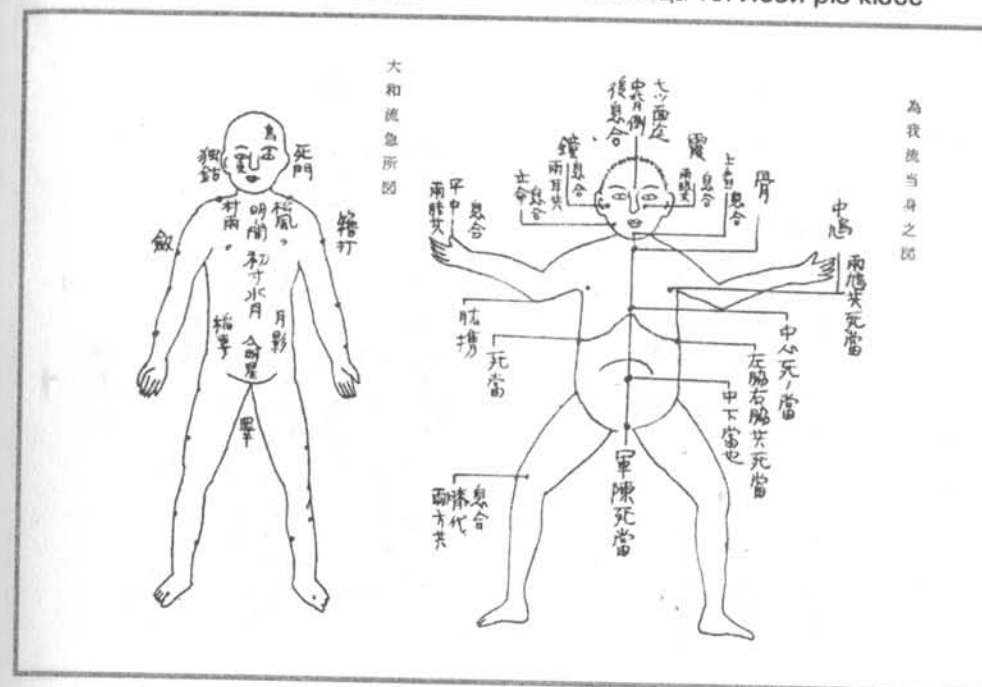


Таблица 17. Сэкигути рю кюсё (вариант 1)

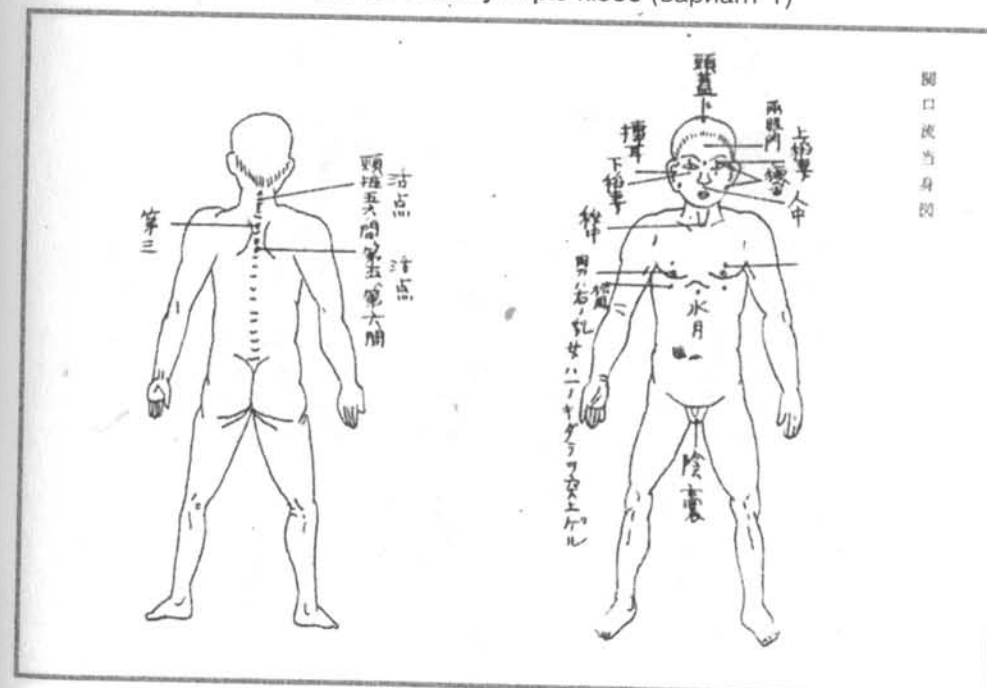


Таблица 18. Сэкигути рю кюсё (вариант 2)

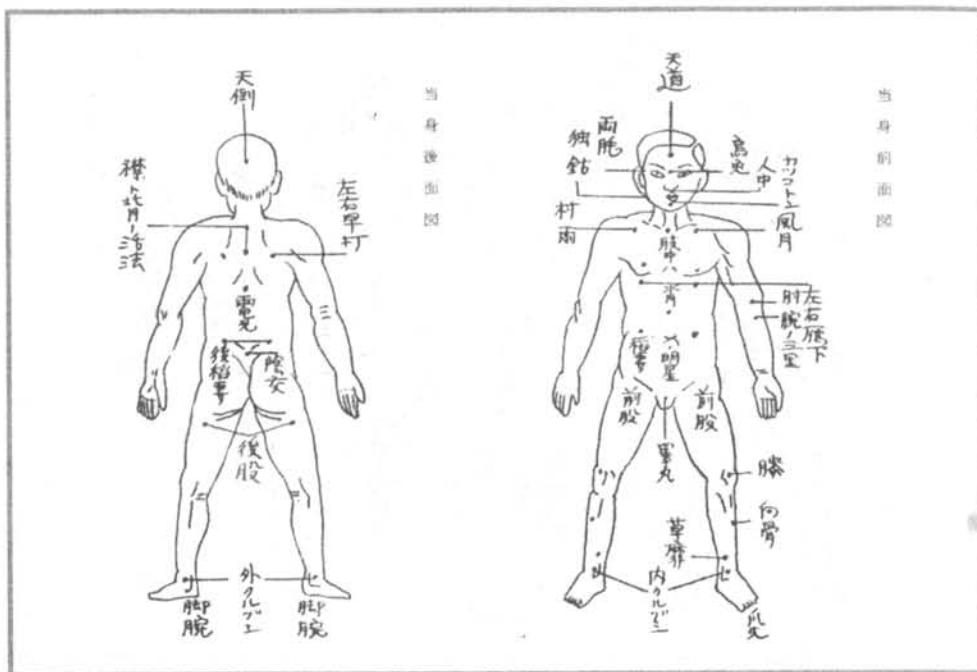


Таблица 20. Тэнсин синьё рю кюсё

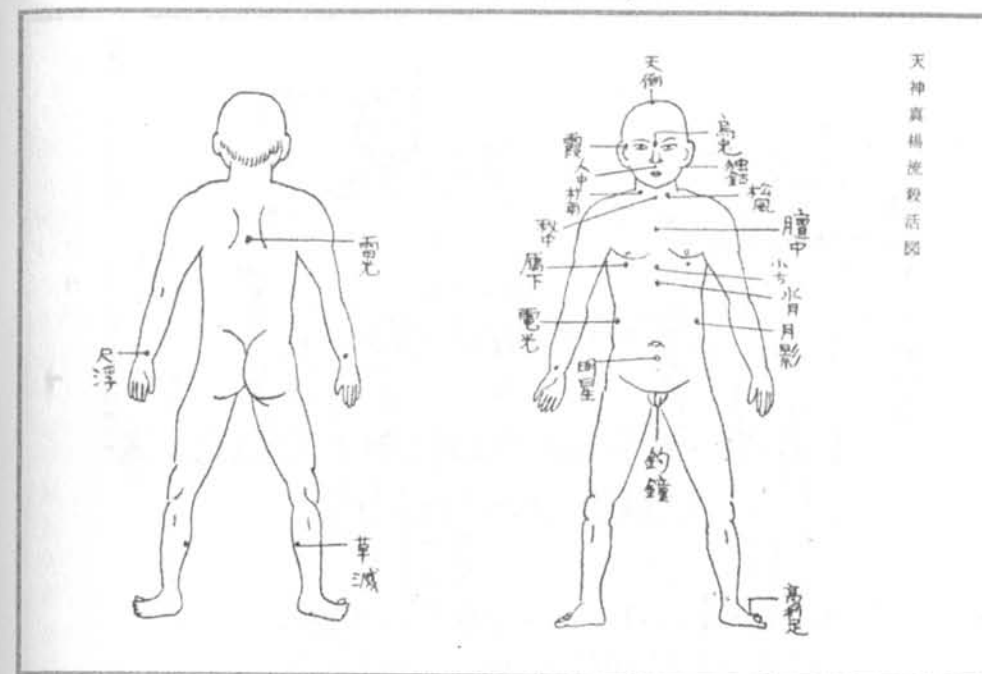


Таблица 19. Синто рю кюсё

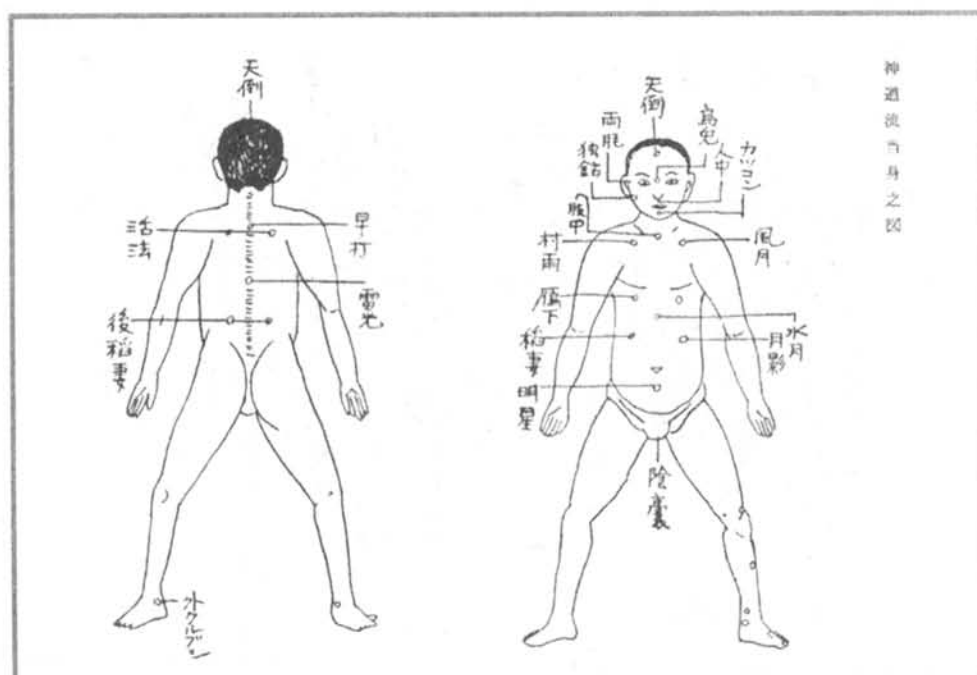


Таблица 21. Сё рю кюсё

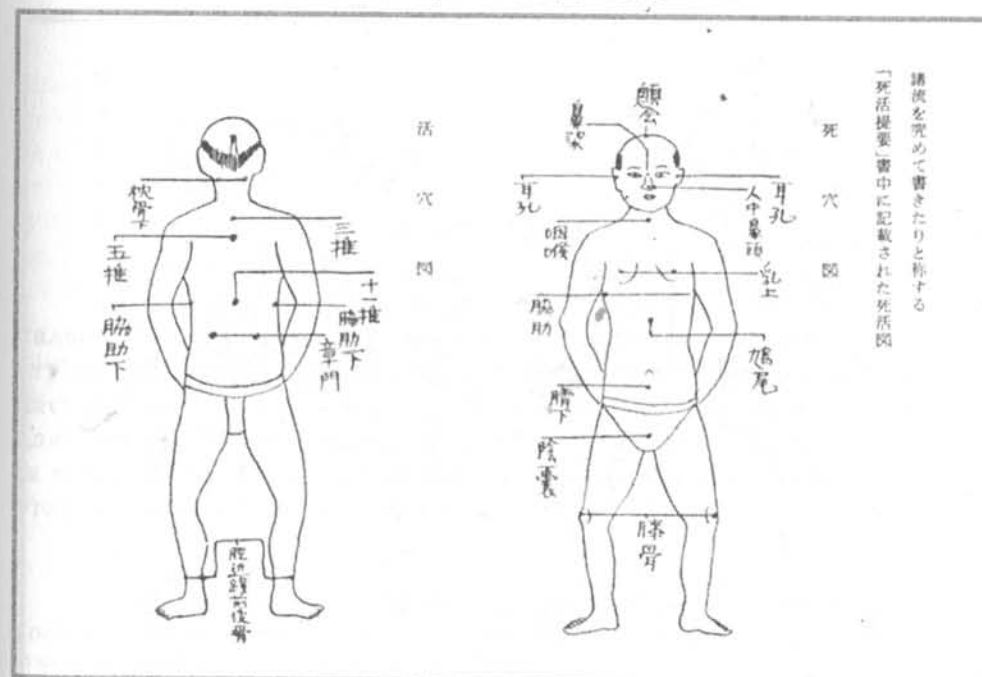


Таблица 22. Сёриндзи кэмпо кюсё

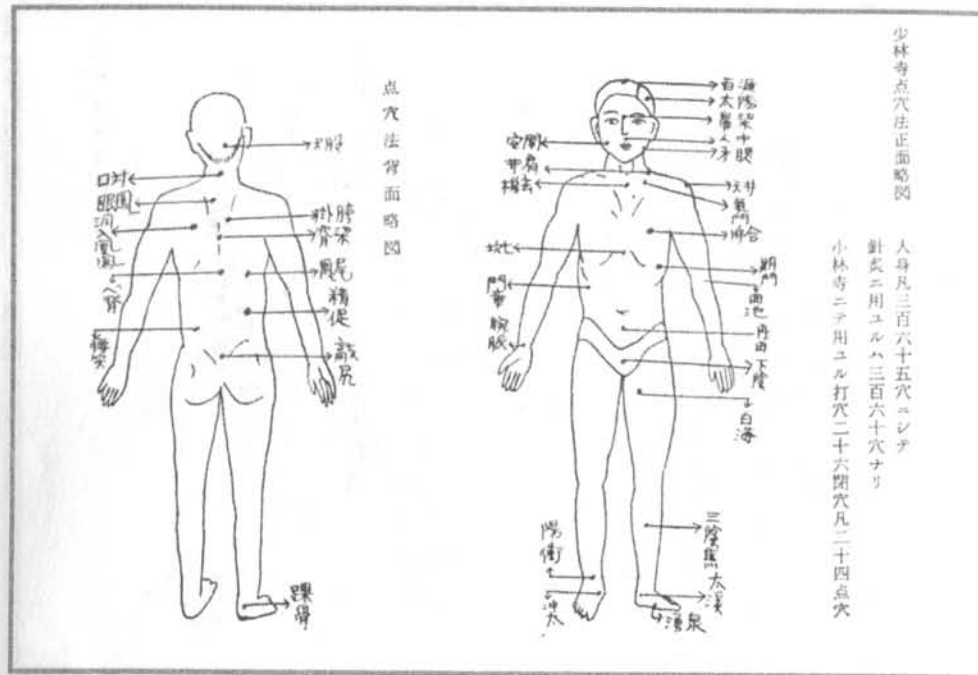
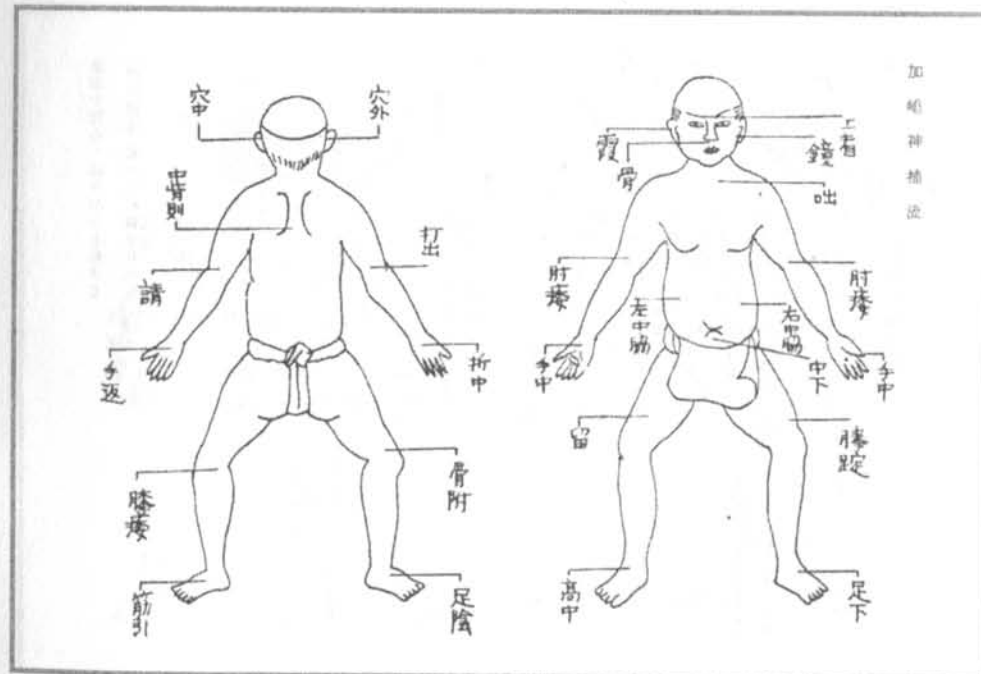


Таблица 23. Касима синто рю кюсё



ЯМАДА КОО

КАППО. ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ РЕАНИМАЦИИ

Перевод О. Штык, А. Горбылева по изданию: Ямада Коо. Каппо тайи // Дзюдо кодза («Лекции по дзюдо») т. 5, стр. 74-85. Токио, «Хакусуйся», 1956 г.

1. ВВЕДЕНИЕ

«Каппо», что буквально означает «метод оживления», это уникальный раздел дзюдзюцу — техника оказания экстренной помощи пострадавшему, предназначенная для немедленного применения в случае наступления мнимой смерти в результате сильного удара, сопровождающегося обмороком, удушающего воздействия на шею, нахождения [в течение некоторого времени] погребенным под землей, отравления угарными газами, потопления и т.д.¹

¹ Следует различать случаи биологической и мнимой смерти. При мнимой смерти прекращается только наружное (легочное) дыхание, тогда как работа сердца и внутреннее (тканевое) дыхание сохраняются (прим. автора).

2. ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ТЕХНИКИ КАППО

Техника реанимации *каппо* является одним из разделов *дзюдзюцу*, она развивалась как оборотная сторона знания методов поражающего воздействия на человека. Когда возникла данная техника, определенно ответить трудно, но известно, что подобные приемы применялись в школе *дзюдзюцу Мусо-рю*, существовавшей в эпоху Воюющих княжеств *Сэнгоку-дзидай* (по европейскому летоисчислению — 1467-1574 гг.). Сохранился «Свиток школы Мусо-рю о принципах Инь и Ян. Наставление о технике убийства и реанимации» («*Мусо-рю инъё-но маки. Сацу-кацу дэн*»). Предположительно, это самое древнее сообщение о технике *каппо* в Японии.

Более 300 лет назад *дзюдзюцу* вступило в период своего расцвета, и к концу правления *сёгуната Токугава* (1604-1866) насчитывалось уже более ста различных школ *дзюдзюцу*. При этом каждая из них в строжайшей тайне усердно развивала свою специальную технику отнятия и возвращения жизни (*сацу-кацу хо*). Поскольку эта техника была совершенно недоступна для непосвященных или учеников других школ, появилось огромное число уникальных технологий реанимации. Только автор данной статьи имел возможность познакомиться с более чем ста вариантами данной техники, если учитывать варианты их практического применения.

3. ОСОБЕННОСТИ ТЕХНИКИ РЕАНИМАЦИИ КАППО

Не вдаваясь в детали, выделим лишь основные аспекты техники реанимации *каппо*.

1. Техника реанимации *каппо* часто применяется в сидячем положении. Данная техника является специфичной для Японии. Проведение реанимации в положении сидя является большим преимуществом данной техники, потому что ее можно использовать даже в тесном помещении.

Еще одним специфически японским способом реанимации является метод «*сокацу*» — «общей реанимации», особенностью которого является то, что реанимирующее воздействие пострадавшего производится от низа живота или поясничного отдела по направлению к легким.

2. Техника *каппо* полностью воплощает смекалку японцев. Специалисты в технике *каппо* не только воздействуют на ноздри, ушные раковины, ладони, ступни, основания ногтей пострадавшего, но и используют для этого свою голову, лицо, шею, плечи, подмышки, живот, поясницу, руки, запястья, ногти, ноги, колени, пятки, основания пальцев ног, боковую поверхность мизинцев ног и другие части тела; применяют такие

способы воздействия, как подъем за подмышки, подвешивание, подъем на спину, восходящий и топчущий удары ногами, удары руками, поглаживание, массажирование, щекотание, щипки, тычки и постукивание. Используются также всевозможные подручные предметы, такие как веревочные подвязки, полотенца, шнуры, свернутая в трубочку бумага, трубки, доски, молотки, уксус, дым от жгучего перца, теплые камни, сигаретный огонь и дым, иглоукалывание и прижигание кожи мокса, большие кувшины, ступы, бочки и прочие предметы. Существуют также специфические способы реанимации человека, в которых используется корова или лошадь (для спасения утонувшего человека [когда его помещают на лошадь головой вниз, что облегчает отвод воды из легких]), чтение заклинаний (данный способ реанимации используется в школе *Иппо-рю* при травме яичек), различные выкрики, хлопки руками и ногами. Существуют варианты, когда один человек, проводящий технику реанимации, выполняет функции двух, трех и даже четырех человек (см., например, рис. 1, показывающий технику восстановления дыхания, применяемую в школе *Асаяма итидэн-рю*), или же реанимация проводится совместными усилиями двух, трех и более человек.



Рис. 1

3. Третьей особенностью техники *каппо* — самой главной в ней — является особый настрой (*кигамаэ*). При проведении реанимации вы должны стать единым целым с пострадавшим, находящимся в состоянии мнимой смерти, передать ему свою жизненную энергию¹. Эффективность техники *каппо* зависит от мощности воздействия этой энергии, поэтому *каппо* можно понимать как вид суровой духовной аскетической практики «*гё*», характерной для дальневосточной культуры.

При проведении реанимации не может быть мелочей, любое, даже самое маленькое действие должно быть выполнено осознанно и точно. Всю волю (*сои*)² и все силы (*сорёку*) необходимо сосредоточить в одном месте — в точке *тандэн* (низ живота). Приступая к реанимации, вы должны освободиться от страха и сомнений (*муи муги*) — таковым должно быть состояние к началу проведения реанимации (*дзэнсин*), а при проведении реанимации отрешиться от всего постороннего (*муити мутай*) — стать единым с пустотой — таковым должно быть состояние сознания

¹ *Сэймэйрёку* — «жизненная сила», японцы используют это слово как синоним слова *ки* (кит. ци).

² *И* (кит. и) — мысль-воля, исходящая из «сознания» (*син*) и приводящая в действие физическую силу и далее собственно тело.

при проведении реанимации (*цусин*), когда необходимо весь свой дух¹ направить в движения, исходящие из *тандэн*. В этом заключается изначальная суть техники *каппо*.

4. Четвертая особенность японского способа реанимации *каппо* состоит в выборе оптимального положения тел (*ми-гамаэ*) реанимируемого и реаниматора. Реаниматор выбирает для реанимируемого наиболее выгодное место и положение тела, воздействует на него оптимальное время, принимает правильное положение с выпрямленной спиной, занимает прочное положение, упираясь ногами в пол. Сделав глубокий вдох, он задерживает дыхание, плотно зажав при этом рот. Кончик языка с силой прижимается к небу.

Жизненная энергия *ки* и физическая сила наполняют все тело, их необходимо направить в *тандэн*. Постоянно следя за лицом человека, находящегося в состоянии мнимой смерти, взгляд необходимо направить туда, куда направлено воздействие, локти прижать к бокам у пояса. Жизненная энергия *ки* реаниматора, соединяясь с физической силой, идущей от *тандэн*, от плеч передается в руки. Таким образом, реанимация производится в состоянии полного единства и гармонии всего тела (*дзэнсин*) и всего духа (*дзэнрэй*).

4. ИЗНАЧАЛЬНЫЕ ЦЕЛИ РЕАНИМАЦИИ И МОМЕНТЫ, НА КОТОРЫЕ СЛЕДУЕТ ОБРАТИТЬ ВНИМАНИЕ

Сколь бы сильно ни было травмировано живое существо, внутри него всегда продолжает бить ключом воля к жизни, сила жизни. Когда эта сила постепенно ослабевает и иссякает, наступает физическая смерть. Эту силу, толкающую человека к жизни, называют «силой самосохранения» (*дзисэйрёку*).

Суть *каппо* заключается в том, что реаниматор оказывает помощь этой силе самосохранения, используя для этого свои знания и навыки, приобретенные в процессе напряженных и длительных занятий *дзюдо*, стремясь найти наиболее эффективный путь для возвращения жизни.

Следовательно, реаниматор должен устранить все, что препятствует воскрешению пострадавшего, создать ему наиболее благоприятные условия, активно воздействовать на его органы чувств и нервы, принять меры для активизации работы сердца и вызвать запуск дыхания, что в свою очередь приведет к восстановлению самостоятельного дыхания пострадавшего. Таковы основные цели применения мер по реанимации. Детали применения техники реанимации рассмотрены ниже.

¹ Ямада использует бинном «сэй-кон», где «сэй» — «сперматическая эссенция», особый модус жизненной энергии *ки*, рафинированной и сгущенной до жидкого состояния спермы, а «кон» — «дух», «душа», модус жизненной энергии *ки*, истонченной до состояния «духа».

ТЕХНИЧЕСКИЕ МОМЕНТЫ, НА КОТОРЫЕ СЛЕДУЕТ ОБРАТИТЬ ВНИМАНИЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕАНИМАЦИИ

1. Моменты, требующие внимания перед началом проведения реанимации.

А) Если тело укэ¹ окоченело, то *тори* должен размять и расслабить его перед началом проведения реанимации. *Сасои-о ирэру*.

Техника выполнения *сасои-о ирэру*

Как показано на рис. 2 и 3, *тори* кладет укэ на спину лицом вверх и садится на него верхом на область бедер, поставив одну ногу на носок так, чтобы ее колено было поднято вверх. Из этого положения *тори* ладонями или куском ткани начинает растирать укэ, начиная с плеч и спускаясь ниже через грудь и живот к верхней части бедер, устраняя одеревенение. Эта техника называется «индукция жизни» (*сасои-о ирэру*) (на фото роль укэ исполняет Сибаяма Кэндзи, 6-й дан, а роль реаниматора — автор статьи).



Рис. 2



Рис. 3

2. Во время проведения реанимации.

А) Если шея укэ безвольно болтается из стороны в сторону, пострадавший может легко причинить себе тяжелую травму шеи.

Если шея пострадавшего болтается, даже если проводящий реанимацию будет внимательно следить за тем, чтобы этого не происходило, под действием начала проведения реанимации голова пострадавшего может вдруг резко упасть вперед, при этом он может получить такие травмы, как вывих первых семи позвонков шейного отдела, перелом шеи

¹ Далее в тексте термином «укэ» именуется пострадавший, находящийся в состоянии мнимой смерти, а термином «тори» — реаниматор (*прим. автора*).

или повреждение костного мозга. В подобных случаях наиболее безопасным способом реанимации является проведение реанимации пострадавшего в положении лежа.

Б) Если мышцы уже расслаблены, проведение реанимации затруднено — существует большая опасность повреждения внутренних органов.

Мышцы органов дыхания на 70% состоят из мышц, поддерживающих работу вдоха. Когда мышцы полностью расслаблены, то грудная клетка и опустившиеся вниз ребра всем весом сдавливают грудь и трахею. В таком случае проведение реанимации сильно затрудняется, так как добавочное давление, которое оказывает реаниматор на грудь пострадавшего, может привести к травме внутренних органов. В такой ситуации необходимо сначала в достаточной мере провести индукционную технику (сасои), описанную выше, и уже затем переходить к реанимации.

В) Реанимация проводится не с помощью грубой физической силы рук и ног, а с помощью энергии (кимоти) и техники, идущей из живота.

Даже легкое надавливание на боковую поверхность живота с погружением пальцев на 2-3 см вглубь создает избыточное давление, обеспечивающее поступление в легкие 200-300 куб. см воздуха. Этого объема воздуха вполне достаточно для эффективной реанимации. Поэтому реанимацию следует проводить легкими, несильными нажимами, ни в коем случае не допуская грубого, небрежного использования «неконтролируемой силы» или «чрезмерной силы».

Г) Секрет техники оживления кацу состоит в том, что, отпуская руки, проводящие реанимацию, реаниматор вызывает реакцию (возвратное движение) [грудной клетки пострадавшего и расширение легких].

Основная идея техники восстановления дыхания состоит в рациональном использовании способности грудной клетки к амортизации, нажимом на нее реаниматор запускает дыхательные движения.

Д) Если пострадавший получил сильный удар в затылочную часть головы, то велика вероятность того, что за этим может последовать внутричерепное кровоизлияние.

Если пострадавший получил сильный удар в затылочную часть головы и находится в бессознательном состоянии, то это может грозить не только сотрясением мозга, но и вывихом или переломом первых позвонков шейного отдела, а также повреждением костного мозга. Иног-

да такая травма сопровождается кровоизлиянием в мозг. В таких случаях ни в коем случае нельзя трогать больного. Лучше оставить его в покое, сняв стесняющую дыхание одежду; если лицо пострадавшего красное, следует подложить ему под голову подушку. Если лицо пострадавшего синее-зеленое, то необходимо вынуть подушку, положить травмированного в удобное положение и как можно скорее вызвать врача.

РАЗЛИЧИЯ В СИМПТОМАТИКЕ ВНУТРИЧЕРЕПНОГО КРОВОИЗЛИЯНИЯ И СОТРЯСЕНИЯ МОЗГА

1. Симптомы внутричерепного кровоизлияния.

Симптомом внутричерепного кровоизлияния является нарастающее локальное повышение давления в сосудах головного мозга в промежутке от 20-30 минут до 2-3 часов после получения удара — время зависит от локализации кровоизлияния, объема потерянной крови и иных факторов.

Во многих случаях пострадавший теряет сознание. Наблюдается нарушение дыхания, покраснение лица, усиление пульсации. Главным отличием внутричерепного кровоизлияния от сотрясения головного мозга является то, что, вне зависимости от наличия у пострадавшего сознания, у него можно обнаружить онемение отдельных участков тела (нарушение чувствительности).

Даже после прихода в сознание у пострадавшего заплетается язык, речь неясна, могут наблюдаться изменение или утрата вкусовых ощущений, обоняния, а во многих случаях также головная боль, головокружение, тошнота, рвота и другие симптомы.

Если кровь смешивается со спинномозговой жидкостью, внутричерепное кровоизлияние можно диагностировать почти наверняка.

Кровотечение из носа или рта может указывать на перелом основания мозга.

В случае осложнения внутричерепного кровоизлияния сотрясением головного мозга поначалу можно упустить из внимания повышение давления в сосудах головного мозга.

2. Симптомы сотрясения мозга.

В случае сотрясения головного мозга у пострадавшего может случиться обморок, потеря сознания, он может утратить ориентацию в пространстве, но сразу после удара наблюдаются следующие симптомы.

В случае легкого сотрясения головного мозга у пострадавшего может возникнуть ощущение сыплющихся из глаз искр, наблюдаться изменение обоняния (появляется ощущение запаха гари), звон в ушах, головокружение, шаткость походки.

В случае тяжелого сотрясения головного мозга у пострадавшего наблюдается потеря сознания и утрата чувствительности и двигательной активности, бледность лица, «мурашки» на коже, выступание холодного пота, расширение зрачков и фиксация глазных яблок на одном месте. Иногда наблюдается также подергивание глаз. В большинстве случаев пострадавший приходит в сознание в промежутке от 20-30 минут до нескольких часов после получения сотрясения.

Сразу после прихода в сознание у пострадавшего могут наблюдаться головная боль, тошнота, рвота, расстройство памяти (амнезия), дезориентация в пространстве и времени.

Причиной этих симптомов является временное нарушение функций центральной нервной системы, вызванное сильной травмой головы.

Основными отличиями сотрясения головного мозга от внутричерепного кровоизлияния являются: 1) бледность лица; 2) проявление заболевания сразу после получения травмы; 3) отсутствие локального повышения давления в сосудах головного мозга; 4) отсутствие явных повреждений после прихода пострадавшего в сознание и так далее.

3. После проведения реанимации.

А) Велика опасность повторной «глубокой» потери сознания (фукасти).

Возможна такая ситуация, когда человек уже вернулся в сознание, но губы и ногти сохраняют фиолетовый оттенок, пульс слабый, нет активных признаков жизни, кожа холодная, зрачки беспорядочно вращаются, на вопросы не отвечает, другими словами, психическое и физическое состояние пострадавшего нестабильно. В таком случае реаниматор должен быть очень внимателен, так как сохраняется опасность повторной потери сознания.

Б) По возвращению в сознание необходимо уделить пристальное внимание работе сердца пострадавшего.

Даже если человек пришел в сознание, ни в коем случае нельзя поднимать его на ноги, так как сердце пострадавшего ещё слабо. Попытка перемещения пострадавшего волоком за подмышки чревата ремиссией и резким ослаблением работы сердца. Перемещать пострадавшего должны несколько человек, которые должны сцепить руки под его телом, аккуратно поднять и понести.

5. ТЕОРИЯ РЕАНИМАЦИИ В ДЕТАЛЯХ

Далее предложено по 5 вариантов наиболее практически важных видов реанимации: восстановления дыхания (кокю-кацу), спасения утонувшего (суйси-кацу) и реанимации получившего травму яичек (экиган-кацу).

Раздел 1

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ДЫХАНИЯ (КОКЮ-КАЦУ)

Суть техники

Данный вид каппо применяется для реанимации человека, дыхание которого остановилось.

Варианты

Возможно проведение реанимации при 3-х положениях пострадавшего: сидя, полусидя и лежа.

Техника

Вариант 1. «Реанимация воротником» (эри-кацу) при положении укэ полусидя.

Суть техники

Перевести укэ в положение сидя, захватить отвороты куртки и провести реанимацию.

Помочь укэ занять сидячее положение, как это показано на рис. 4. Осторожно поправить положение его ног и вытянуть их [параллельно одна другой]. Можно также положить одну ногу на другую. Отклонить тело укэ назад и перевести его в положение полусидя, так чтобы угол отклонения тела реанимированного составлял примерно 30°. Встав сзади, подпереть коленом позвоночник пострадавшего. Его голову положить на бедро так, чтобы она не болталась [из стороны в сторону].

Рис. 4

А) Поскольку при применении этой техники используется воротник, она называется «реанимацией воротником» (эри-кацу).

Б) Если укэ одет в европейскую одежду, расстегните пуговицы, оголите грудь. Если пострадавший одет в европейский костюм или в нижнее кимоно (Дзюбан), вместо воротника можно захватить за удобную для проведения реанимации часть на спине куртки и использовать данный способ.



Правой рукой захватить правый отворот куртки ука, левой — левый. Захват надо брать примерно на уровне сосков груди пострадавшего, только чуть выше и ближе к центральной линии туловища. При этом захваты берутся несильно, большие пальцы помещаются под отвороты. Локти распрямить, руки поставить параллельно. Направить силу, исходящую из тандэн, в руки. Положить руки так, чтобы можно было произвести нажим спереди — сверху по направлению вниз и назад и сплющить [грудную клетку] ука. Единым движением рук произвести легкий нажим на грудь ука по направлению к легким. Быстро отдернуть руки и вернуться в исходное положение.

Вариант 2. «Реанимация раздетого» (хадака-кацу; «реанимация с помощью шнура» — химо-кацу). Реанимация, вызывающая дыхание (косоку-кацу) при положении ука полулежа.

Поскольку при применении этой техники реанимации используется шнур, то она называется «реанимацией с помощью шнура» (химо-кацу). Поскольку она также используется, когда пострадавший раздет, ее называют также «реанимацией раздетого» (хадака-кацу).

Вариант 3. «Реанимация с обхватом тела пострадавшего» (даки-кацу; «реанимация воздействием на точку ганка» — ганка-кацу; «техника четырех рождений» — сисэ-кацу; «реанимация воздействием на ребра» — кироку-кацу). Реанимация, вызывающая дыхание (косоку-кацу) при положении ука сидя.

Суть техники

Упереться коленом в позвоночник пострадавшего, руки просунуть под мышками, обхватить грудь, сильно сжать грудную клетку ука по направлению вниз.

Посадить ука, как показано на рис. 5. Осторожно поправить положение его ног и вытянуть их [параллельно одна другой]. Можно также положить одну ногу на другую. Запрокинуть тело ука назад. Занять позицию позади него. Подпереть коленом его позвоночник. Просунуть руки под мышками ука. Плотно сложить ладони одна поверх другой над его верхними ребрами. Нажимая ладонями со стороны большого пальца и опуская локти вниз и к себе, сильно надавить на грудную клетку пострадавшего. Затем резко прекратить нажим и вернуться в исходное положение.

Вариант 4. «Реанимация воротником» (эри-кацу; «техника пяти рождений» — госэ-кацу). Реанимация, вызывающая дыхание (косоку-кацу) при положении ука сидя.

Суть техники

Обхватить туловище ука сбоку и воздействием одной рукой на плечо, второй — на низ живота по направлению к груди произвести реанимацию.

Посадить ука. Осторожно выпрямить ему ноги, одну ногу можно положить на другую. Отклонить тело ука немного назад. Как показано на рис. 6, вплотную придвинуться сбоку, встать на левое колено и подставить его к спине пострадавшего.левой рукой обхватить шею ука сзади таким образом, чтобы левая рука и левое колено надежно подперли его спину сзади. Носок правой ноги просунуть под правую ногу ука и поставить пальцами на пол. Мясистой частью правой ладони, расположенной со стороны мизинца, глубоко надавить на область пупка ука, это — главное воздействие. При этом необходимо положить подушечку большого пальца правой руки на ребра с правой стороны туловища пострадавшего, а остальные пальцы соединить, вытянуть и наложить на нижнее ребро с левой стороны. Правый локоть опустить, перенести на него вес тела. Давить правой ладонью снизу вверх через диафрагму по направлению к грудной клетке. Одновременно, подняв левый локоть, повиснуть на шее ука, скручивая его туловище по направлению внутрь и вниз, голова ука при этом естественно склоняется вперед. Параллельно с этим левой ладонью выполнять трущие движения от верхней части левой половины груди вниз и вправо таким образом, чтобы пальцы левой руки проходили навстречу пальцам правой вплотную друг к другу. С помощью этих трех действий, которые должны выполняться синхронно, слаженно и в соответствии с ритмом дыхания, сдавливающими движениями сверху и снизу навстречу друг другу спровоцировать запуск дыхания. Резко ослабить нажим и вернуть руки в исходное положение.

Рис. 6

А) Если голова пострадавшего болтается, необходимо проводить реанимацию, крепко зафиксировав его подбородок левой рукой.

Б) Когда голова пострадавшего болтается, реанимацию безопаснее проводить в положении лежа (см. вариант 5 техники восстановления дыхания).

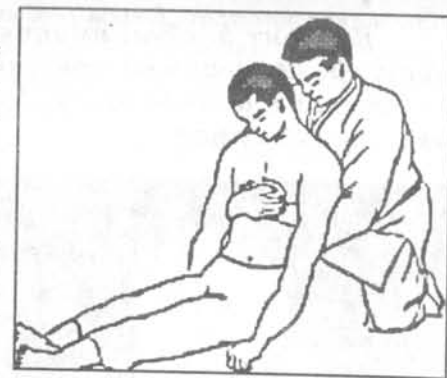


Рис. 5



Вариант 5. «Реанимация воздействием на ребра» (кироку-кацу; «реанимация воздействием на точку ганка» — ганка-кацу). Реанимация, вызывающая дыхание (косоку-кацу) при положении укэ лежа на спине.



Рис. 7

Суть техники

Положить укэ на спину и провести реанимацию, надавливая руками на низ грудной клетки по направлению внутрь и вниз.

Положить укэ на спину, как показано на рис. 7. Ноги осторожно вытянуть, можно положить одну ногу на другую. Осторожно сесть на бедра укэ верхом, но так, чтобы это не доставляло ему неудобства. Одну ногу согнуть в колене и поставить вертикально. Развести пальцы и плотно прижать ладони к груди пострадавшего, так чтобы в щели между большими и указательными паль-

цами рук были видны его соски. Как показано на рис. 7, наваливаясь весом тела на руки и напрягая пальцы, надавливать основаниями ладоней на низ грудной клетки укэ в направлении на себя — вниз. Основное усилие должно производиться основаниями ладоней. Резко надавливая на грудь пострадавшего по направлению внутрь и вниз (в направлении желудка), сдавливать грудную клетку, а затем резко отдергивать руки и возвращать их в исходное положение, чтобы вызвать обратное движение грудной клетки и спровоцировать запуск дыхания.

Раздел 2

РЕАНИМАЦИЯ УТОНУВШЕГО (СУЙСИ-КАЦУ)

Суть техники

Эта техника используется для реанимации людей, находящихся в состоянии мнимой смерти после утопления.

На что необходимо обратить внимание

А) Прежде всего, необходимо очистить ротовую и носовую полости от грязи, затем использовать технику выведения всей лишней жидкости из легких и далее применить метод восстановления дыхания (кокю-кацу).

Б) Из-за длительного пребывания под водой, тело пострадавшего во многих случаях переохлаждено. В идеале, прежде чем приступить к реанимации, тори должен не только помочь укэ отторгнуть лишнюю жидкость, но и одновременно с этим разогреть его.

В) Согласно данным медицины, можно спасти человека, находившегося под водой до 20 минут.

Вариант 1. Техника отторжения жидкости из легких (тосуйхо).

Снять с пострадавшего одежду, плотно свернуть ее и перевязать шнурком и вместо подушки положить под голову пострадавшего. Если укэ лежит на животе, такую подушку кладут ему под живот (в области желудка). Расправить ладонь одной из рук укэ и подложить ее под его щеку, развернуть его голову по направлению пальцев этой руки. Похлопывая по спине пострадавшего или интенсивно растирая ее движениями раскрытой ладони от поясницы вверх к спине, заставить лишнюю жидкость выйти. Несколько повторений таких действий позволяют вывести лишнюю воду полностью.

Вариант 2. Техника отторжения жидкости из легких (тосуйхо).

Тори садится, подставляя под тело укэ ногу, опущенную коленом на пол (рис. 8) или, наоборот, поставленную на стопу и поднятую коленом вверх (рис. 9). Кладет пострадавшего на колено животом вниз. При этом верхняя часть туловища укэ должна быть расположена ниже живота. Затем тори кладет левую ладонь на лоб пострадавшего, запрокидывает ему голову назад, чтобы вода, выходящая из легких, не попала в носовую полость. Далее реаниматор действует так же, как и в первом варианте.



Рис. 8



Рис. 9

Вариант 3. Техника отторжения жидкости из легких (тосуйхо).

Велеть раздеться физически крепкому помощнику. Положить его с вытянутыми ногами на пол. Возможен также вариант, показанный на рис. 10, когда помощник встает на четвереньки или принимает «позу та-ракана» животом и лицом вверх, показанную на рис. 11, упершись руками в пол и подняв колени. Затем тори раздевает пострадавшего и кладет его на помощника сверху животом вниз. Если тори действует один и сам залезает под пострадавшего, то он раскачивает свое тело и тело укэ вправо-влево, вызывая выход воды из легких. Если же у него есть помощник, то он, поддерживая левой рукой лоб пострадавшего, чтобы выходящая вода не попала ему в носовую полость, правой похлопывает по спине, как в варианте 1, или обеими ладонями с нажимом проводит от поясницы к спине, заставляя лишнюю жидкость выйти.



Рис. 10



Рис. 11

Вариант 4. Техника отторжения жидкости из легких (тосуйхо).



Велеть раздеться физически крепкому помощнику. Поставить его в позицию с вытянутыми руками и ногами, упертыми в пол, показанную на рис. 12. Сверху на его поясницу положить на живот укэ, так чтобы его голова смотрела в противоположном направлении. Поддерживая левой рукой лоб пострадавшего, чтобы вода, выходящая из легких, не попала в носовую полость, правой воздействовать так же, как в варианте 1.

Рис. 12

Вариант 5. Техника отторжения жидкости из легких (тосуйхо).

Повалить большой кувшин на землю. Внутри него развести слабый огонь, как показано на рис. 13. Положить пострадавшего животом вниз на разогретый кувшин. Покачивать кувшин вправо-влево. Можно так же, как в варианте 1, использовать трущие движения ладонью от поясницы к спине.

Рис. 13

А) Если кувшина под рукой нет, подойдет любая кадушка, бочонок или деревянная ступа. Положите поверх нее теплую одежду, сверху опустите на нее животом вниз пострадавшего и выведите из легких воду по методу воздействия варианта 1.

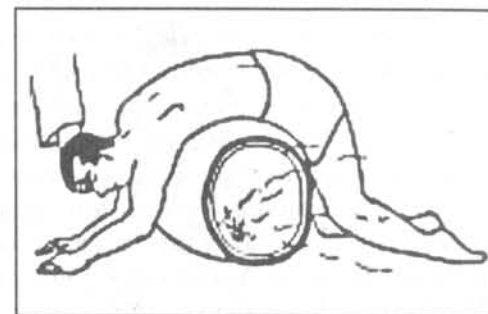


Рис. 13

К сведению

А) Возможно применение данной техники с использованием лошади. Для этого покрыть спину лошади матерчатой подстилкой, положить пострадавшего поперек лошадиной спины на живот и пустить лошадь шагом.

Б) Если пострадавший — ребенок, тори наклоняется вперед и взваливает его животом себе на спину вниз головой. Затем он идет вперед ритмичным шагом.

Раздел 3

РЕАНИМАЦИЯ ПОСТРАДАВШЕГО С ТРАВМОЙ ЯИЧЕК («ЗОЛОТАЯ РЕАНИМАЦИЯ» — КИН-КАЦУ; «РЕАНИМАЦИЯ ВИСЯЩИХ КОЛОКОЛЬЧИКОВ» — КИНСЁ-КАЦУ)

Суть техники

Данная техника реанимации применяется в случае травмы яичек в результате удара, повлекшего подъем яичек в паховый канал и потерю сознания пострадавшего.

К сведению

Когда плод находится в животе матери, примерно к 6–7 месяцу происходит развитие яичек мальчика внутри его брюшины. Затем, поддерживаемые силой мышц брюшины и внутренних косых мышц живота, яички опускаются вниз в мошонку. Ту часть брюшины, которая остается прикрепленной к яичкам и опускается в мошонку, называют «ножнообразным отростком брюшины», внутренние косые мышцы брюшины называют «поддерживающими мышцами яичек», а канал, по которому яички спускаются в мошонку — «паховый канал».

К яичкам подходят чувствительные нервы собственно паховой зоны и поясничного отдела. Поэтому, если яички сильно сжать, то возникает специфическое болевое ощущение, так называемая «паховая боль». При сильном ударе по яичкам возникает не только сильнейшая паховая боль, но и одновременно поражаются нервные окончания, контролирующие внутренние косые мышцы живота, что может вызвать судорогу мышц, поддерживающих яички в висячем положении, и тогда яички втянутся в паховый канал. В этом случае говорят, что «яички вбиты ударом [в паховый канал]».

Мышцы брюшины, помимо внутренних косых, включают также внешние косые мышцы, боковые и прямые мышцы живота. Все эти мышцы выполняют работу по сжатию и скручиванию стенок живота. При этом нервные окончания, контролирующие работу внутренних косых мышц живота, проецируются на 10–12 позвонки грудного отдела позвоночника, а нервные окончания, управляющие внешними косыми мышцами живота — на 5–12 позвонки грудного отдела. Боковые мышцы живота связаны с 1–11 позвонками грудного отдела. Прямые мышцы живота — с 6–8 позвонками грудного отдела и с первым позвонком поясничного отдела.

По причине этих связей при сильном ударе по яичкам возникает не только сильная боль, но и судорога группы мышц живота, контролируемых нервными пучками грудного отдела позвоночника. Можно сказать наверняка, что при ударе в пах у пострадавшего сведет судорогой мышцы нижней части живота. В тяжелом случае боль может рефлекторно отразиться во всем теле, и судорога затронет многие группы мышц. В такой ситуации необходимо согнуть ноги уке, наклонить его тело вперед и постараться снять судорогу разминающими и растирающими движениями и только после этого приступить к реанимации. В противном случае реанимирующего эффекта добиться будет сложно.

Вариант 1. Реанимация пострадавшего с травмой яичек в положении лежа.

Суть техники

Постукиванием по подошве пострадавшего добиться опускания яичек в мошонку.

Положить уке на пол на спину. Захватить левой рукой лодыжку той ноги уке, со стороны которой было повреждено яичко. Вынести ее вперед и поднять вверх, как показано на рис. 14, сильно сжав лодыжку. Внутренней стороной голени левой ноги ниже колена надавить на колено уке и полностью выпрямить его ногу. Кулаком правой руки с силой нанести несколько ударов по ямке посередине подошвы таким образом, чтобы сила от удара отдавала в пояснице пострадавшего.

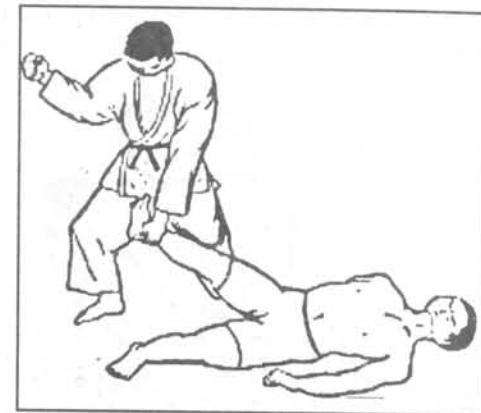


Рис. 14

Вариант 2. Реанимация пострадавшего с травмой яичек в положении сидя («подъем и сброс» — даки-отоси).

Суть техники

Обхватить уке, приподнять его над землей и сбросить ягодицами на пол. Повторив несколько раз, добиться опускания яичек в мошонку. Посадить уке, как показано на рис. 15. Осторожно вытянуть ему



Рис. 15



Рис. 16

ноги. Одну ногу можно положить на другую. Встать позади укэ, как показано на рис. 16. Глубоко просунуть руки ему под мышки, сложить пальцы друг на друга на его груди, крепко сцепив большие пальцы. Обхватив укэ, приподнять его вверх и сбросить назад на пол, так чтобы он ударился ягодицами. Повторить несколько раз.

Вариант 3. Реанимация пострадавшего с травмой яичек в положении сидя.



Рис. 17

Суть техники

Несколько раз приподнимать укэ, сидящего на земле, просунув руку ему под мышку и сбрасывать на пол на ягодицы.

Осторожно посадить укэ. Глубоко просунуть руку ему под мышку с той стороны, с которой было повреждено яичко. Обхватить шею пострадавшего, как показано на рис. 17, зажать локоть его руки головой и плечом. Надежно зафиксировать и приподнять укэ одной рукой так, чтобы его ягодицы оторвались от пола. Ладонь второй руки плотно прижать к нижней части живота пострадавшего с той стороны, с которой было повреждено яичко.

Труще-разминающими движениями по направлению вниз воздействовать на область пахового канала (находится в складке в месте соединения ноги с туловищем) и, сбрасывая пострадавшего ягодицами на пол, заставить яичко опуститься в мошонку.

Дополнительные сведения

Для опускания яичка из пахового канала в мошонку можно также воздействовать трущими движениями в направлении вниз на сустав, образуемый поясницей и крестцом, или постукивать мизинцевой частью кулака по области копчика.

Вариант 4. Реанимация пострадавшего с травмой яичек в положении сидя.

Суть техники

Захватить одну руку и, приподнимая тягой за нее сидящего на земле укэ, несколько раз сбрасывать его на пол на ягодицы.

Посадить укэ, как показано на рис. 18. Вытянуть его ноги вперед, слегка согнув их в коленях. Встать в левом заднем углу, относительно укэ. Сильно захватить обеими руками плечо левой руки пострадавшего у места его соединения с туловищем. Тягой за руку вверх приподнять укэ, так чтобы его ягодицы оторвались от пола. Подошвой правой стопы постучать по области крестца движениями, совпадающими с действием ноги при проведении подсечки. Затем сбросить укэ, так чтобы он ударился ягодицами об пол.



Рис. 18

Дополнительные сведения

Можно также наносить удары по крестцовой кости не подошвой, а подушечкой за пальцами (рис. 19).

Вариант 5. Реанимация пострадавшего с травмой яичек в положении лежа («реанимация с помощью отворотов куртки» — эри-кацу).

Суть техники

Произвести реанимацию пострадавшего со стороны мембраны, воздействуя на нервные окончания на шее.

Положить укэ на спину. Сесть ему на бедра верхом, принять позу полусидя, как показано на рис. 20. Подложить обе руки под шею укэ и переплести пальцы. Плотно прижать ладони к затылку и задней поверхности шеи пострадавшего, опершись локтями на его грудь и нажимая пальцами, в первую очередь большими, на его шею, потянуть его голову к себе, стараясь максимально наклонить ее вперед.



Рис. 19

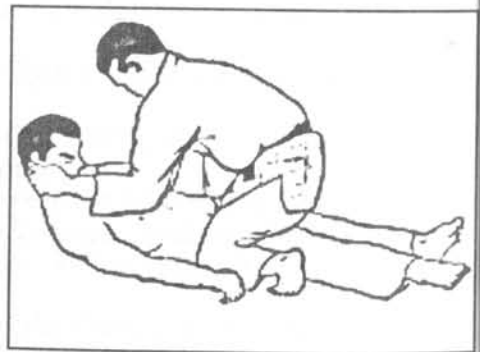


Рис. 20

Дополнительные сведения

1. При сильном ударе по яичкам они могут увеличиться в размере в результате внутреннего кровотечения или отека мошонки. В этом случае нужно как можно скорее охладить травмированное место, приложив к нему смоченное холодной водой полотенце или что-то в этом роде, подвесить пострадавшего [за подмышки] с помощью треугольного лоскута ткани и как можно скорее вызвать врача.

2. Получив удар по яичкам, для оказания помощи самому себе нужно согнуться и принять положение полусидя, обеими руками растереть и размять область мошонки и пахового канала, обхватить мошонку и подергать ее несколько раз или сильно потопать ногами об пол. Можно также спрыгнуть с возвышения, сильно топнув ногами в пол.

Для углубления познаний в методах реанимации
рекомендуем обратиться к серии публикаций автора
«Исследования методов каппо» («Каппо-но кэнкю»;
части 1-4, №№ 9-12 / 1953) в журнале «Дзюдо»,
издаваемом Кодокан.

Список использованной литературы:

На японском языке:

1. Мацуда Р., Хидэн нихон дзюдзюцу («Тайная передача японского дзюдзюцу»). — Токио: 1978.
2. Тэрао М., Корю дзюдзюцу («Техника дзюдзюцу старинных школ»). — Токио: «Айрюдо», 1998.
3. Фудзита С., Кэмпо гокуи саппо сацу каппо мэйкай («Объяснение методов убийства и реанимации, главных секретов кэмпо»). — Токио, 1958.
4. Хацуми М., Хидэн Тогакурэрю нинпо («Тайная передача Тогакурэрю нинпо»). — Токио: «Цутя сётэн», 1991.
5. Хацуми М., Хидэн ниндзя сябумиссэн («Тайная сверхзадача ниндзя»). — Токио: «Кэйбунся», 1991.
6. Хираками Н., Хидэн. Корю дзюдзюцу гихо («Тайная передача. Техника старинных школ дзюдзюцу»). — Токио: «Айрюдо», 1994.
7. Хираками Н., Корю дзюдзюцу сэнто рирон («Теория боевого применения техники дзюдзюцу старинных школ»). — Токио, «Айрюдо», 1999.

На английском языке:

8. Adams B.C. Medical Implications of Karate Blows. — Cranbury, N. J.: A.S. Barnes, 1978.
9. Applegate R. Kill or Get Killed. — Harrisburg, Pennsylvania: Military Service Publishing Company, 1943.
10. Black Ishi. Key to Judo and Jiu-jitsu. — Baltimore: Ottenheimer Publishers, 1958.
11. Clavo Jaime. The Vital Points: Chinese Medical and Martial Arts // Black Belt. — 1982. — N20 (July). pp. 31-36. N 20 (August). — pp. 31-32.
12. Gwon P.G. Skill in Counterattacks. — Burbank, California: Ohara, 1979.
13. Harris M. Lethal Unarmed Combat: Secrets of Self Defense. — New York: Drake, 1972.
14. Hatsumi M. Ninpo — Wisdom for Life. — N.-Y.: n. p., 1998.
15. Kawaishi M. My Method of Self Defense. — Cedar Knolls, N.-Y.: Wehman Brothers, 1957.
16. Kim Myung. Acupuncture for Self Defense. — n. p.: Traditional Taekwondo, n.d.
17. Mashiro N. Black Medicine: The Dark Art of Death. Vol. 1-4. — Boulder: Paladin Press, 1978-91.
18. Reumann Wallace W. Forbidden Oriental Fighting Arts: Deadly Defense and Attack. — n. p.: Informative Publications, 1963.
19. Tegner Bruce. Self-Defense: Nerve centers & Pressure Points for Karate, Jujitsu & Atemi-Waza / Revised edition. — Ventura, California: Thor, 1978.
20. Wong D. L. Shaolin Fighting: Theories. Concepts. — Hollywood: Unique Publications, 1975.
21. Wong James I. A Source Book in the Chinese Martial Arts: Medicine. Meditation. Military History. 2 Vols. — Stockton, California: Koinonia, 1981.
22. Yates Keith. Warrior Secrets: A Handbook of Martial Arts. — Boulder: Paladin Press, 1985.

На французском языке:

23. Habersetzer R. Kung-fu (Wu-shu). Les Techniques de la boxe chinoise. – Paris, 1979.

На русском языке:

24. Бишоп М., Окинавское каратэ: учителя, стили, тайные традиции и секретная техника школ воинского искусства. – Москва: «Фаир», 1999.

25. Бурцев Г.А., Милашенков С.Г., Смирнов В.В., Сямиуллин З.С., Основы рукопашного боя. – Москва: «Военное издательство», 1991.

26. Горбылёв А., Техника поражения уязвимых точек в дзюдо, – сборник «Додзё» № 5 (2001); Саппо – «смертельная техника» дзюдзюцу, – «Япония. Путь кисти и меча», 2002, (№ 2); Легенда под названием «атэми». – журнал «Додзё», № 2 (16), 2003.

27. Кано Дзигоро, Кодокан дзюдо. – Ростов-на-Дону: «Феникс», 2000.

28. Долин А.А., Попов Г.В., Кэмпо – традиция воинских искусств. – Москва: «Наука», 1990.

29. Косоротов С., Применение ударов в уязвимые точки при проведении бросков дзюдо. – сборник «Додзё», № 7 (2001).

30. Лун Х., Прикосновение дракона: уязвимые места человеческого тела. – Москва: «АСТ – Астрель», 2005.

31. Ояма М., Это каратэ. – Москва, «Фаир», 2000.

32. Хаберзетцер Р. Дзюдзюцу. – б.м.: Будо, 1996.

33. Хаберзетцер Р. Каратэ-до: от азов до чёрного пояса, том 1: Тирасполь, «Модус», 1995.

34. Ямада К., Каппо – основные аспекты реанимации. – журнал «Додзё», № 3 (23), № 4 (24) 2004.



Новая книга В. Момота - это уникальный, не имеющий аналогов в мире единоборств, подробный атлас-справочник болевых точек на теле человека. В ней представлен материал по истории развития кюсёдзюцу, отрывки из уникальных древних трактатов, таблицы точек различных систем Китая и Японии. Теоретические сведения по анатомии и физиологии человека, способы поражения и реанимации. Указано подробное анатомическое расположение 64 основных точек, направление и угол оптимального воздействия, последствия различных по силе и интенсивности методов удара или надавливания.

В приложении приведены таблицы точек около 30 старинных школ японских боевых искусств из редкой книги «последнего ниндзя» Фудзиты Сэйко «Кэмпо гокуи Саккацухо мэйкай», испытывавшего свои знания в годы Второй мировой войны, в том числе и на американских военнопленных, а также методы реанимации катсу по учебнику Ямады Ко, известнейшего специалиста дзюдо и дзюдзюцу, проводившего эксперименты на добровольцах в 60-е годы XX века.

ISBN 966-8750-05-5



9789668750052